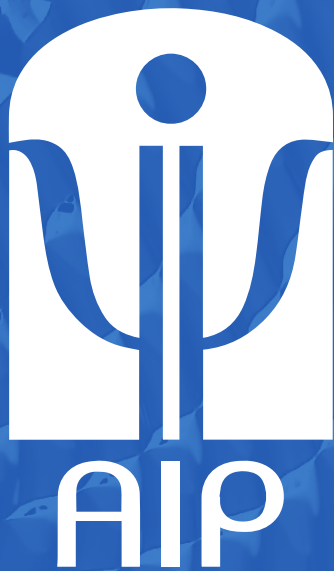




ISSN (edición impresa) 2007-4832
ISSN (edición electrónica) 2007-4719

ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

PSYCHOLOGICAL RESEARCH RECORDS

Volumen 11, Número 3, Diciembre 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Editor General - Chief Editor

Rolando Díaz Loving
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor Ejecutivo- Executive Editor

Sofía Rivera Aragón
Pedro Wolfgang Velasco Matus
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor Asociado- Associate Editor

Gerardo Benjamín Tonatiuh Villanueva Orozco
Claudia Ivethe Jaen Cortés
Fernando Méndez Rangel
Universidad Nacional Autónoma de México

Consejo Editorial - Editorial Board

Alfredo Ardila
Florida International University

Aroldo Rodrigues
California State University

Brian Wilcox
University of Nebraska

Carlos Bruner Iturbide
Universidad Nacional Autónoma de México

Charles Spilberger
University of South Florida

David Schmitt
Bradley University

Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Universidad Nacional Autónoma de México

Emilio Ribes Iñesta
Universidad Veracruzana

Feggy Ostrosky
Universidad Nacional Autónoma de México

Felix Neto
Universidade do Porto

Harry Triandis
University of Illinois at Champaign

Heidemarie Keller
University of Osnabruck

Isabel Reyes Lagunes
Universidad Nacional Autónoma de México

Javier Nieto Gutiérrez
Universidad Nacional Autónoma de México

John Adair
University of Manitoba

John Berry
Queen's University

José Luis Saiz Vidallet
Universidad de la Frontera

José María Peiró
Universidad de Valencia

Klaus Boehnke
Jacobs University

Laura Acuña Morales
Universidad Nacional Autónoma de México

Laura Hernández Guzmán
Universidad Nacional Autónoma de México

Lucy Reidl Martínez
Universidad Nacional Autónoma de México

María Cristina Richaud de Minzi
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

María Elena Medina-Mora Icaza
Instituto Nacional de Psiquiatría

Michael Domjan
University of Texas at Austin

Mirna García Méndez
Universidad Nacional Autónoma de México

Mirta Flores Galaz
Universidad Autónoma de Yucatán

Peter B. Smith
University of Sussex

Reynaldo Alarcón
Universidad Ricardo Palma

Ronald Cox
Oklahoma State University

Roque Méndez
Texas State University

Rozzana Sánchez Aragón
Universidad Nacional Autónoma de México

Ruben Ardila
Universidad Nacional de Colombia

Ruth Nina Estrella
Universidad de Puerto Rico

Sandra Castañeda
Universidad Nacional Autónoma de México

Scott Stanley
University of Denver

Silvia Koller
Universidad Federal de Rio Grande do Sul

Steve López
University of South California

Víctor Manuel Alcaraz Romero
Universidad Veracruzana

Victor Corral Verdugo
Universidad de Sonora

William Swann
University of Texas at Austin

Ype H. Poortinga
Tilburg University

© UNAM Facultad de Psicología, 2021

Acta de Investigación Psicológica, Año 11, No. 3, septiembre-diciembre 2021, es una publicación cuatrimestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., a través de la Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco- Universidad, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., Tel./Fax (55)56222259 y (55)56222326, <http://www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacionpsicologica/>, aip.psicologia@unam.mx. Editor responsable: Dr. Rolando Díaz Loving. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo N° 04-2011-040811145400-102, ISSN 2007-4832, e-ISSN 2007-4719, Certificado de Licitud de Título y Contenido: 15476, expedido por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa en los talleres del Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM, Domicilio Av. Universidad 3004, Col. Copilco - Universidad, C.P. 04510, Delegación Coyoacán, México, D.F. Responsable de la última actualización de este número: División de Posgrado e Investigación, Facultad de Psicología, Dr. Pedro Wolfgang Velasco Matus y Dra. Sofía Rivera Aragón, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., fecha de última modificación, 30 de noviembre de 2021.

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores y no refleja necesariamente el punto de vista de los árbitros ni del Editor. La reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Esta revista se distribuye por la Facultad de Psicología, UNAM, Domicilio Av. Universidad 3004, Col. Copilco - Universidad, C.P. 04510, Delegación Coyoacán, México, D.F., con un costo de \$100.00 pesos mexicanos.

Sistema de índices y resúmenes: AIP se encuentra en Latindex, CLASE, SciELO, SciELO Citation Index (Thomson Reuters), ScienceDirect (Elsevier), Iresie, y Redalyc. Abstracting and Indexing: PRR is abstracted or indexed in Latindex, CLASE, SciELO, SciELO Citation Index (Thomson Reuters), ScienceDirect (Elsevier), Iresie, and Redalyc

ÍNDICE

Index

Diciembre
2021

December
2021

Volumen 11
Volume 11

Número 3
Issue 3

Prólogo	1
Preface	3
Dr. Rolando Díaz Loving	
Food Craving in Obese Subjects: Its Correlation with Athrogenic Index and Feeding Behavior-Related Gene Expression <i>Food Craving en Sujetos Obesos: Su Correlación con Índice Aterogénico, Conducta de Ingesta y Expresión Génica</i> Nadia Mabel Pérez-Vielma, Ángel Miliar-García, Modesto Gómez-López, María Delfina Marín-Soto, Gerardo Leija-Alva, & Víctor Ricardo Aguilera Sosa	5
Afrontamiento y Estrés en Preescolares: El Papel de la Edad y el Sexo <i>Coping and Stress in Preschoolers: The Role of Age and Sex</i> María Teresa Monjarás Rodríguez, María Emilia Lucio y Gómez-Maqueo, Edith Romero Godínez, & Consuelo Durán Patiño	17
Apoyo Socio-familiar y Afrontamiento al Estrés Asociado al Bienestar Psicológico en Personas con Obesidad <i>Socio-family Support and Coping Mechanism with Stress Associated with Psychological Well-being in People with Obesity</i> Roxana González Sotomayor, Ana Olivia Ruiz Martínez, Norma Ivonne González Arratia López Fuentes, Hans Oudhof van Barneveld, & Rosalía Vázquez Arévalo	26
Propiedades Psicométricas de una Escala de Personalidad Moral en Estudiantes Universitarios Mexicanos <i>Psychometric Properties of a Moral Personality Scale in Mexican University Students</i> Rubén Andrés Miranda-Rodríguez, María Rosa Buxarrais Estrada, & Alan Alexis Mercado-Ruiz	36
Modelo de Personalidad Positiva: Diferencias entre Población Clínica y Población General <i>Positive Personality Model: Differences between Clinic and General Populations</i> Leandro Eidman, & Guadalupe de la Iglesia	48
Rasgos de Personalidad y Depresión, Predictores de Ansiedad Rasgo-Estado en Madres <i>Personality Traits and Depression as Predictors of Trait-State Anxiety in Mothers</i> Mirna García-Méndez, María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñaloza-Gómez, & Sofía Rivera-Aragón	65
Asociación entre Actitudes hacia la Bisexualidad y Binegatividad Internalizada en Personas Bisexuales <i>Association between Attitudes towards Bisexuality and Internalized Binegativity in Bisexual People</i> Omar Alejandro Olvera-Muñoz	78
Caso Simulado Estandarizado: Evaluación Conductual en Profesionales de la Salud en Adicciones <i>Standardized Simulated Case: Behavioral Assessment in Health Professionals in Addictions</i> Violeta Félix Romero, Dulce Karen Ortiz Gómez, Silvia Morales Chainé, & Carolina Uriarte Rojo	87
Perfiles del Afecto en la Predicción de la Depresión en Dos Grupos de Población Mexicana <i>Affect Profiles in the Prediction of Depression in Two Groups of Mexican Population</i> Cecilia Meza-Peña, María del Rocío Hernández-Pozo, María Araceli Álvarez-Gasca, Carlos Antonio Rodríguez-Aguirre, Tania Romo-González, Jeanette Magnolia López-Walle, Julia Gallegos-Guajardo, Cecilia Castor-Praga, Elías Alfonso Góngora-Coronado, & Raquel González-Ochoa	99
Proceso Editorial	
Guidelines for Authors	
Editorial Process	



PRÓLOGO

En el número de Acta de Investigación Psicológica correspondiente al Volumen 11-3 de diciembre del 2021, se publican 9 artículos de investigación empírica sobre diversos temas de la psicología. El proceso editorial incluyó la recepción e inicial revisión por parte del Director Editorial y la Editora Ejecutiva para dar respuesta inmediata a los contribuyentes sobre formatos, tópicos e idoneidad general de los manuscritos con las normas de la revista. Para aquellos artículos que aprobaron este primer filtro, se siguió el proceso de envío de los trabajos a el comité editorial para la evaluación doble ciego, las correcciones de los autores y la re-revisión por parte del cuerpo editorial, dando como resultado un ejemplar con una serie de artículos sobre salud conversando sobre diversas temáticas, un artículo sobre desarrollo infantil y un artículo metodología relativo a psicometría. En particular, en el campo de la salud, 2 trabajos versan sobre cuestiones de obesidad. El primero sobre la relación de búsqueda incontrolada de alimento con el Índice Aterogénico; y el segundo sobre el efecto que tiene el apoyo familiar y el estilo de afrontamiento al estrés en el bienestar psicológico en personas con obesidad. Otras tres investigaciones se centran en salud mental, en específico sobre resiliencia y depresión. Uno de los trabajos versa sobre un modelo de personalidad positiva en población clínica y población general. Un segundo trabajo se centra en como los rasgos de personalidad y depresión predicen ansiedad rasgo y estado en madres; y una tercera investigación indaga sobre como los perfiles de afecto predicción de la depresión. Los siguientes dos artículos en el campo de la salud, se refieren a la evaluación conductual en profesionales de la salud en adicciones y a la asociación entre actitudes hacia la bisexualidad y binegatividad internalizada en personas bisexuales. Los restantes trabajos de investigación del número de la revista, indagan sobre afrontamiento y estrés en preescolares y sobre las propiedades psicométricas de una escala de personalidad moral en estudiantes. Como en escritos anteriores, la oficina del comité editorial extiende un agradecimiento a los revisores por sus objetivas directrices a las personas que sometieron manuscritos, y a quienes enviaron sus investigaciones al proceso de análisis. Esperamos contar con sus valiosas contribuciones para futuras ediciones de Acta de Investigaciones Psicológicas.

Dr. Rolando Díaz Loving
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México
aip.psicologia@unam.mx



PREFACE

In this issue of Psychological Research Records (Volume 11-3 of December 2021), nine articles of empirical research on various topics of psychology were published. The editorial process included the reception and initial review by the Editorial Director and the Executive Editor of the Journal in order to give immediate response to the contributors regarding formats, topics and general suitability of the manuscripts with the rules of the journal. For those articles that approved this first filter, manuscripts are sent to the editorial committee for double-blind evaluation, followed by communication to the authors that lead to corrections and the re-review by the editorial board. This process resulted in an issue with a series of articles talking about various topics related to health, an article on child development and a methodology article related to psychometrics. Specifically in the field of health, two papers deal with obesity issues. The first on the relationship of uncontrolled search for food with an atherogenic Index; and the second on the effect of family support and coping style on psychological well-being in people with obesity. Three other studies focus on mental health, explicitly on resilience and depression. One of the papers deals with a positive personality model in clinical population and general population. A second paper focuses on how personality traits and depression predict trait and state anxiety in mothers; and a third research paper investigates how affection profiles predict depression. The following two articles in the field of health refer to behavioral evaluation in health professionals dealing with addictions and the association between attitudes towards bisexuality and internalized binegativity in bisexual people. The remaining research papers in this issue of the journal study coping and stress in preschoolers and the psychometric properties of a moral personality scale in students. As in previous issues, the editorial board extends a sincere thank you to the reviewers for their objective guidelines to the people who submitted manuscripts, and to those who submitted their research to the analysis process. We look forward to everybody's valuable contributions for future editions of Psychological Research Records.

Dr. Rolando Díaz Loving
Psychology Faculty, National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico
aip.psicologia@unam.mx



ORIGINAL

Food Craving in Obese Subjects: Its Correlation with Atherogenic Index and Feeding Behavior-Related Gene Expression¹

Food Craving en Sujetos Obesos: Su Correlación con Índice Aterogénico, Conducta de Ingesta y Expresión Génica

Nadia Mabel Pérez-Vielma^a, Ángel Miliar-García^b, Modesto Gómez-López^b,
María Delfina Marín Soto^c, Gerardo Leija-Alva^a, & Víctor Ricardo Aguilera Sosa^{2, a}

^a Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, Instituto Politécnico Nacional, México

^b Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México

^c Unidad Profesional Interdisciplinaria en Ingeniería y Tecnología Avanzadas, México

Recibido 11 de abril de 2021; aceptado 14 de octubre de 2021

Abstract

Obesity is influenced by environmental, behavioral, and genetic factors; particularly genes related to the regulation of lipids and addictive behavior. Food craving (FC) is a physiological and behavioral response that triggers the intense desire to ingest food, particularly food with high energy, fat, and/or sweet content. Objective: To evaluate the relationship between the prevalence of FC in obese subjects and blood lipids as well as to determine the transcriptional modulation of CART, DRD2, and FTO. Method: Transverse, comparative, and randomized study including 21 obese participants (BMI, ≥ 30 kg/m²) and 20 normal weight participants (BMI, ≤ 25 kg/m²). We determined CART, DRD2, and FTO expressions; evaluated blood lipid levels; and obtained trait scores on the Food Craving Questionnaire-Trait, a multifactorial instrument validated for the Mexican population. Results: The DRD2 expression was significantly increased ($p = 0.027$) and the CART expression was significantly decreased ($p = 0.001$) in obese participants compared with normal weight participants. The FTO expression did not show significant differences. Food Craving Questionnaire-Trait showed scores of ≥ 72 in obese participants.

¹ The present study was performed with the support of the Instituto Politécnico Nacional and the Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud UST and Escuela Superior de Medicina, where molecular biology experiments were performed. This study was supported by a SIP 20161092 grant to VRAS. MDMS was supported by a fellowship from CONACYT (289447). AMG, NMPV, MGL, and VRAS are SNI fellows. Declaration of Interest: none.

² Contact: Víctor Ricardo Aguilera Sosa, vicpsic@gmail.com, Av. de los Maestros, Santo Tomás, Miguel Hidalgo, 11340 Ciudad de México, CDMX.

Conclusions: Linear regression model analysis showed that FC is a predictor of atherogenic index (ATH), independently of BMI, and of the gene expression modulation of CART and DRD2.

Keywords: Atherogenic index; Blood lipids; Food craving; Gene expression; Observational

Resumen

La obesidad está influenciada por factores ambientales, conductuales y genéticos; particularmente genes relacionados con regulación de lípidos y comportamiento adictivo. El *food craving* (FC) es una respuesta fisiológica y conductual que desencadena el intenso deseo de ingerir alimentos, particularmente con alto contenido de energía, grasa y / o dulce. Objetivo: Evaluar la relación entre la prevalencia de FC en sujetos obesos y lípidos en sangre y determinar la modulación transcripcional de CART, DRD2 y FTO. Método: Estudio transversal, comparativo y aleatorizado que incluyó 21 participantes obesos (IMC, ≥ 30 kg / m²) y 20 normopeso (IMC, ≤ 25 kg / m²). Se obtuvieron las expresiones de CART, DRD2 y FTO; los lípidos en sangre y los puntajes en el *Food Craving Questionnaire-Trait*. Resultados: La expresión de DRD2 aumentó significativamente ($p = 0.027$) y la expresión de CART disminuyó significativamente ($p = 0.001$) en sujetos obesos en comparación con sujetos normopeso. La expresión de FTO no mostró diferencias significativas. El *Food Craving Questionnaire-Trait* mostró puntuaciones ≥ 72 en participantes obesos. Conclusiones: El análisis del modelo de regresión lineal mostró que FC es un predictor del índice aterogénico (ATH), independientemente del IMC y de la modulación de expresión génica de CART y DRD2.

Palabras Clave: Índice aterogénico; Lípidos sanguíneos; Food craving; Expresión génica; Estudio observacional descriptivo

The combined prevalence of overweight and obesity (OB) among adults in México is 72.5% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016; ENSANUT, 2016). Comorbidities associated are type 2 diabetes, irritable bowel syndrome, hypertension, and some types of cancer and other diseases (Chen, Li, & Xu, 2015). Further, there is a correlation between cognitive dysfunctions, such as anxiety, depression (Li et al., 2017), which is manifested as eating behavioral disorders (TdCA), mainly bingeing, food craving (FC), pica, and, paradoxically, anorexia and bulimia (Tronieri, Wurst, Pearl, & Allison, 2017).

The atherogenic index is an efficient measure to evaluate dyslipidemia, which is high in overweight and obesity since it is related to cardiovascular disease and atherosclerosis and fatty liver. This index has been found to be a predictor of non-alcoholic fatty liver disease (Wang, Zheng, Liu, Fang & Li, 2018).

There are a high number of individuals with OB who do not exhibit clinically defined pathology, ex-

cept for high anxiety levels that diminish when they eat (Bak-Sosnowska, 2017). Therefore, anxiety can be considered as an OB-independent variable, which leads to either overeating (Ho et al., 2018), a probable sign of FC among individuals who show addiction to food, or abstinence from food (Joyner, Gearhardt, & White, 2015). FC encompasses physiological, emotional-cognitive, and predisposition responses (Rodríguez-Martín, Gil-Pérez, & Pérez-Morales, 2015) due to the intense need for and frequent consumption of a determined type of food. FC is distinct from hunger because the former is highly specific, intense, and directed toward one type of food, even when satiety has reached, predisposing the individual to OB (Kahathuduwa, Binks, Martin, & Dawson, 2017; Van den Eynde et al., 2012).

In FC, there are frequent thoughts related to high-calorie foods (Marín-Soto, Méndez-Peña, Murrillo-Tovar, Ocadiz-Parra & Aguilera Sosa, 2019a), especially when you intend to choose a snack; the

higher the intensity of the FC, the higher the frequency of eating high-calorie foods (Richard, Meule, Reichenberger & Blechert, 2017). It has also been reported that hyperprocessed and appetizing foods with high levels of refined carbohydrates and sugars are desired (Schulte, Avena & Gearhardt, 2015).

The presence of FC is also related to the difficulties in controlling the weight because, FC is positively associated with the emotional feeding that arises when the over-girth is mainly caused by excitement, causing loss of control when consuming (Taylor, 2019), becoming a vicious cycle that triggers the breach of diets (Martin et al., 2011). The molecular mechanisms underlying FC have been investigated in animal models. The expression of melanocortin 4 receptor (MC4R) in obese mice fed a high-fat diet (Huang et al., 2017) was associated with food addiction. Other cellular players associated with food addiction include CART expression, which regulates β -cell function (Shcherbina et al., 2017), and peptides linked to neuromodulatory behavior involved in eating, drug reward, stress, and cardiovascular function (Chaar, Coelho, Silva, Festuccia, & Antunes, 2016; Zhang et al., 2018). Transcriptional regulation of CART has been demonstrated in response to stimuli in the hypothalamus, possibly through leptin signaling (Domínguez & Kuhar, 2004; Vrang, Kristensen, Tang-Christensen, & Larsen, 2002). Further, genetic polymorphisms in CART that enhance the probability of exhibiting TdCA and FC have been identified because of the elucidation of the intimate relationship that TdCA and FC shares with the dopaminergic reward system of the nucleus accumbens (Kahathuduwa, Davis, O'Boyle, & Binks, 2018).

The dopamine D2 receptor (DRD2) in the nucleus accumbens is yet another molecule involved in TdCA and OB (Genis-Mendoza, Nicolini, Tovilla-Zárate, López-Narváez, & González-Castro, 2016), the modulation of which diminishes FC (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Telang, 2011). Asian women who harbor DRD2 polymorphisms exhibit FC specific for carbohydrates and junk food (Yeh et al., 2016). Expression of the fat mass and obesity-associated gene (FTO) in the hypothalamus has been associated with the ingestion of foods, energy balance, and interac-

tion with dietary components (Boender, van Rozen, & Adan, 2012; Doaei, Kalantari, Mohammadi, Tabesh, & Gholamalizadeh, 2017; Speakman, 2015). Individuals harboring the rs9939609 A/T variant show lipolysis (Oyeyemi, Ologunde, Olaoye, & Alamukii, 2017), and those with variants in the alleles (rs1421085 and rs17817449) exhibit poor satiety, over-ingestion behavior, gorging, and pica, mainly for highly palatable foods, such as single carbohydrates and fats, despite the socioeconomic and demographic factors involved (Karra et al., 2013).

Recently it has been reported that the atherogenic index of plasma is a marker associated with liver lipid levels and obesity (Capomolla et al., 2019; Xie, Zhou & Wang, 2019) however, its association with FC and with the transcriptional modulation of genes in obese subjects has not been studied. Therefore, the aim of this study was to evaluate the relationship between the scores and measurements of FC and blood lipids in OB individuals and how they determine the transcriptional modulation of CART, DRD2, and FTO.

Method

Ethical considerations

This protocol was approved by the Ethics in Research Committee of the *Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás* (CEI-CICS-008). The trial was conducted in accordance with the ethical principles originating in the Declaration of Helsinki, and it was consistent with the Good Clinical Practice Guidelines. Announcement to participate in this study was published in schools close to the CICS-UST and ESM, and in social networks. Participants included 150 adults of both genders aged 24–55 years and who were selected according to the exclusion criteria and randomized into obese (OB; $n = 21$) and normal weight (NW; $n = 20$) groups. None of the participants had any registered pathology or comorbidities related to OB, including those in the OB group. Written informed consent was read to each participant and signed.

Participants and instruments

Body mass index (BMI) was calculated with anthropometric values obtained using InBody 270 bioimpedance scale by adopting the ranges established by the World Health Organization for OB diagnosis [BMI, ≥ 30 (30–39.9) kg/m²] and NW (BMI, ≤ 25 kg/m²). Participants were otherwise clinically healthy, and instructions to follow quality-of-life habits and physical activity were imparted, in addition to ensuring their participation in an eating workshop. Selection criteria included their willingness to participate, for the normal weight group (BMI ≥ 18.5), and for the obese group (BMI ≥ 30); normal lipid profile for the control group and no menopause. Exclusion criteria included consumption alcohol / drugs, or other addiction, taking medication, being outside the BMI range, diabetes, hypertension and metabolic syndrome.

The 41 participants were cited from 7:00 to 10:00 in the laboratory of *Biología Molecular* of the *Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional*, for blood sampling with 12 hours fast. Blood samples (4 ml) were obtained from the antecubital vein of the arm and used for a 6-element blood chemistry analysis, and for the RNA extraction. Subsequently CART, DRD2, and FTO gene expressions were determined by quantitative polymerase chain reaction (qPCR), using previously established methods for RNA extraction, conversion into complementary DNA (cDNA), and design of specific oligonucleotides as described below.

For the evaluation of FC, we utilized the FCQ-T, adapted, and validated for the Mexican population in 2018, placing emphasis on the cognitive, behavioral, emotional, physiological, and contingency variables (Marín-Soto, Vargas-De-Leon, Pérez-Vielma, Castillo-Ramírez, Miliar-García, & Aguilera-Sosa, 2019b). The internal consistency of FCQ-T was 0.97, and the questionnaire is composed of four factorial domains: (1) anticipation and reinforcement for eating, (2) lack of control, (3) physiological response, and (4) positive emotions, totaling 37 items on the Likert scale. The possible responses are never (1), rarely (2), sometimes (3), often (4), nearly always (5), and always (6).

FCQ- T scores corresponded to ≤ 52 low FC levels, ≤ 72 medium FC levels, ≤ 96 levels above the FC mean, and ≥ 97 very high FC levels.

Procedure

RNA Extraction

Total RNA was extracted from blood samples of the participants using TRIzol reagent (TriPure Isolation Reagent, Roche Applied Science, Indianapolis, IN, USA) according to the manufacturer's instructions. The amount and purity of RNA was quantified by measuring the optical density at 260 and 280 nm using a nanophotometer (MaestroNano, Maestrogen, Las Vegas, NV, USA). Integrity was checked for all samples using agarose gel electrophoresis. To avoid trace amounts of DNA contamination, RNA samples were treated with amplification-grade DNase I (Invitrogen, Carlsbad, CA, USA) before reverse transcription. All RNA samples were stored at -80°C in an RNA elution solution until further use.

cDNA Synthesis

The First-strand cDNA Synthesis Kit (Roche Diagnostics, GmbH Mannheim, Germany) was used, taking 1 μg of the total RNA sample; reverse transcription was performed with random hexamers for 10 min at 65°C , 50 min at 35°C , and 2 min at 85°C . The concentration of cDNA was determined spectrophotometrically, and qPCRs were performed using specific oligonucleotide primers.

Oligonucleotide Design

Specific oligonucleotide primers were originally generated using a web-based software (<https://qpcr.probefinder.com/organism.jsp>). The primer pairs used for the identification of CART, DRD2, and FTO fragments included NM_004291.3: 5'-gggaacacgtt-

tactcttgagc-3' (forward) and 5'-ctactctgccgtggatgatg-3' (reverse), NM_000795.3: 5'-agaccatgagccgtaggaag-3' (forward) and 5'-gcagccagcagatgatga-3' (reverse), NM_001080432.2: 5'-tcagagggagaatagctccaga-3' (forward) and 5'-cgcctcctgcatgtagttc-3' (reverse), respectively, and the constitutive gene 18S NR_003286.2: 5'-cgaacgtctgccctatcaac-3' (forward) and 5'-ttggatggtagccgtttc-3' (reverse).

Statistical Analysis

Statistical analysis was conducted using the SPSS ver. 22.0 statistical software program (IBM, USA); central tendency and dispersion measurements were obtained. The Kolmogorov-Smirnov test was used to evaluate data distribution, and the Student's t-test was used for comparative analysis of independent and related samples. For the linear regression model, a step-by-step method was adopted by subgrouping participants based on their BMI (NW, $n = 20$ and OB, $n = 21$). A value of $p = 0.05$ was considered statistically significant.

Results

The participant's average age was 31.92 ± 5.30 years, and females were predominant in the OB (76.2%) and NW (60%) groups. The average BMI of the OB group (35.45 ± 3.62 kg/m²) was higher than that of the NW group (23.35 ± 1.75 kg/m²) as per the study design. The average weight in the NW group was 55.90 ± 18.42 , and the average weight in the Obesity group was 86.42 ± 22.80 .

FCQ-T evaluations showed that 30% of the NW group had scores of ≤ 72 , which indicated low risk level for FC, in contrast with the OB group, in which 100% had scores of ≥ 72 , with a clinical level of FC. The average FC scores for the NW group was 55.90 ± 18.42 , and for the OB group it was 86.42 ± 22.80 ($p < 0.001$) (Figure 1).

Laboratory evaluation of the biochemical parameters showed significant differences between the groups in terms of ATH ($p = 0.004$), triglycerides ($p = 0.01$), high-density lipoprotein (HDL; $p = 0.02$), and low-density lipoprotein (LDL; $p = 0.03$), with higher values in the OB group than in the NW group (Table 1).

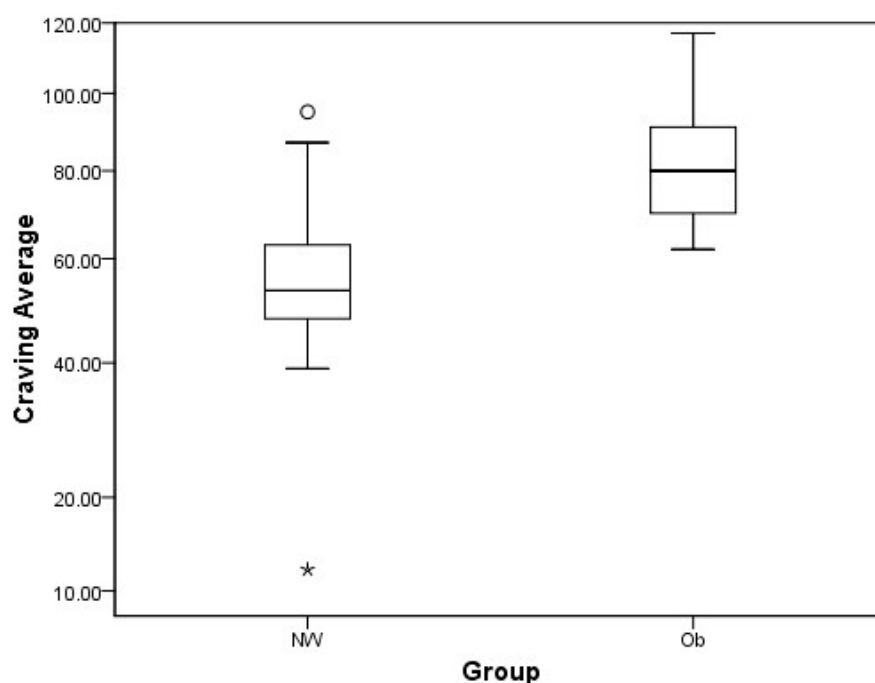


Figure 1. Differences in Food Craving scores between NW and OB are shown. Higher scores in the obesity group ($p < 0.001$) are observed.

Table 1
Determination of the Biochemical Parameters of the Study Population

Lipids	NW (<i>n</i> = 20)	OB (<i>n</i> = 21)	<i>p</i>
ATH	3.28 ± 0.85	4.74 ± 1.40	0.004
Cholesterol	170 ± 38.54 mg/dl	181.24 ± 39.23 mg/dl	0.48
Triglycerides	82.45 ± 40 mg/dl	122.84 ± 41.09 mg/dl	0.01
HDL	50.17 ± 14.85 mg/dl	39.11 ± 9.18 mg/dl	0.02
LDL	83.33 ± 26.52 mg/dl	139.00 ± 194.57 mg/dl	0.03
VLDL	56.87 ± 64.99 mg/dl	62.35 ± 32.22 mg/dl	0.26

Note. Results are expressed as average ± standard deviation (SD), *p*=significance. ATH= atherogenic index. Significant differences between NW and OB groups were found in all variables, except cholesterol

Results of the qPCR analysis showed significant increase in the relative DRD2 expression in the OB group compared with that in the NW group (*p* = 0.027; Figure 2), whereas CART expression was significantly suppressed in the OB group (*p* = 0.001; Figure 3). Although there was a tendency toward decrease in the OB group, there was no significant difference between the groups in the FTO expression (Figure 4).

Linear Regression Model

We applied linear regression models to assess the association between dependent variables, FC, DRD2, CART, and FTO, and predictive variables, BMI, HDL,

LDL, very-low-density lipoprotein (VLDL), total cholesterol, triglycerides, and ATH, using the method of successive steps that allows separation of these variables to levels of significance <0.05 and >0.05. Nine linear regression models, two for the NW group and seven for the OB group, were identified and applied in this study.

The two explanatory models for HDL in the NW group were FC and DRD2. On the other hand, the seven models in the OB group were as follows: first, FC explains LDL; second and third, CART explains ATH and VLDL; fourth and fifth, DRD2 explains ATH and VLDL; sixth, DRD2 explains FC; and seventh, CART explains FC. Thus, HDL was the predictor variable of the NW group and ATH, LDL, VLDL and FC were the predictor variables of the OB group (Table 2, figure 5).

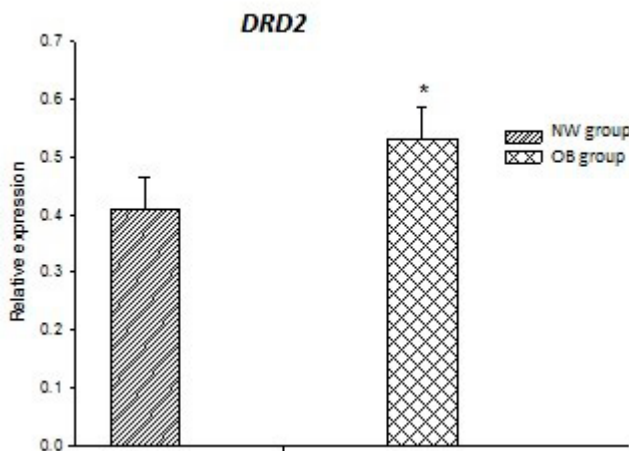


Figure 2. Relative expression of DRD2 gene. Average of the expression of DRD2 in the OB and NW groups shows a significant increase in the OB group (**p* = 0.027).

Discussion

In this study, we were able to determine a significant FC score in OB subjects as well as a significant correlation with blood lipid levels and ATH. The intense desire or urge to eat a particular type of food has been associated with OB individuals. Frequent and intense FC can provoke alterations in psychological and emotional well-being and nutritional status and are associated with psychophysiological disorders such as bulimia (Van den Eynde et al., 2012).

Measurement of FC is facilitated through validated instruments, such as self-reports and questionnaires. One such multidimensional tool is the FCQ-T, which has been validated in several countries, including

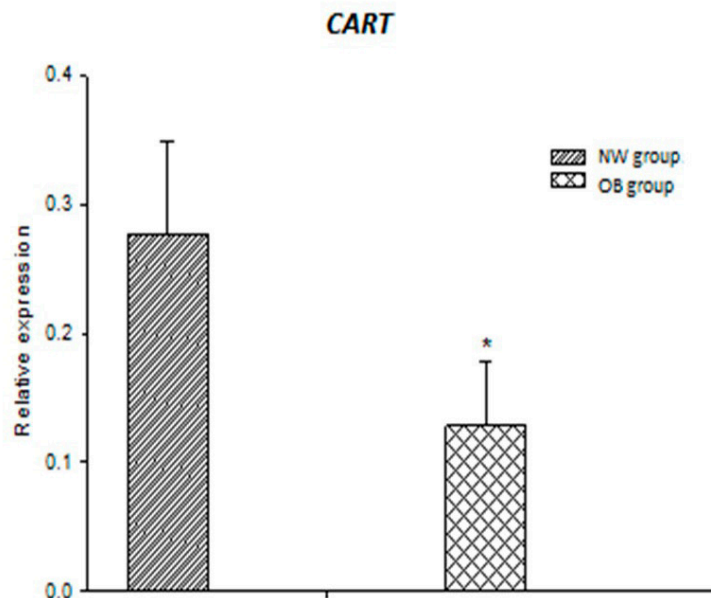


Figure 3. Relative expression of CART gene. Average of the expression of CART in the OB and NW groups shows a significant decrease in the OB group (* $p = 0.001$).

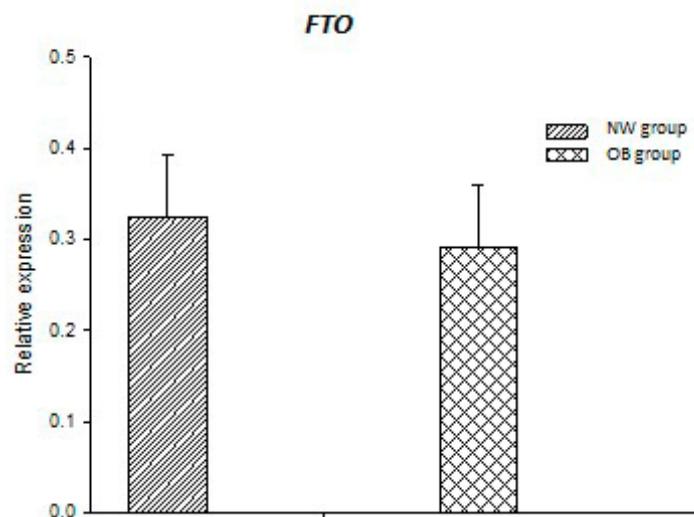


Figure 4. Relative expression of FTO gene. Average of the expression of FTO in the OB and NW groups shows no significant differences in the OB group.

Spain (Cepeda-Benito, Gleaves, Williams, & Erath, 2000), Holland (Nijs, Franken, & Muris, 2007), Germany (Meule, Lutz, Vögele, & Kübler, 2012), Cuba (Rodríguez-Martín et al., 2015), Brazil (Queiroz de Medeiros, Campos Pedrosa, Hutz, & Yamamoto, 2016) and México (Marín-Soto et al., 2019b). It is a

sensitive instrument, and the Mexican version has a high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.97$) for the scales, since it has been validated and standardized, it is worth mentioning that it is the first standardization of this questionnaire. The results of the linear regression models are significant promp-

Table 2
Linear Regression Models

Group	Predictor variable	Dependent variable	r ²	p
NW	HDL	FC	0.44	0.001
	HDL	DRD2	0.20	0.028
OB	LDL	FC	0.19	0.026
	ATH	CART	0.23	0.015
	VLDL	CART	0.40	0.020
	ATH	DRD2	0.44	0.001
	VLDL	DRD2	0.58	0.022
	FC	DRD2	0.61	0.047
	FC	CART	0.52	0.032

Note. r^2 = R Square, p = significance. The linear regression models applied show that in the OB group, lipids and FC are predictive variables of CART and DRD2 gene expression.

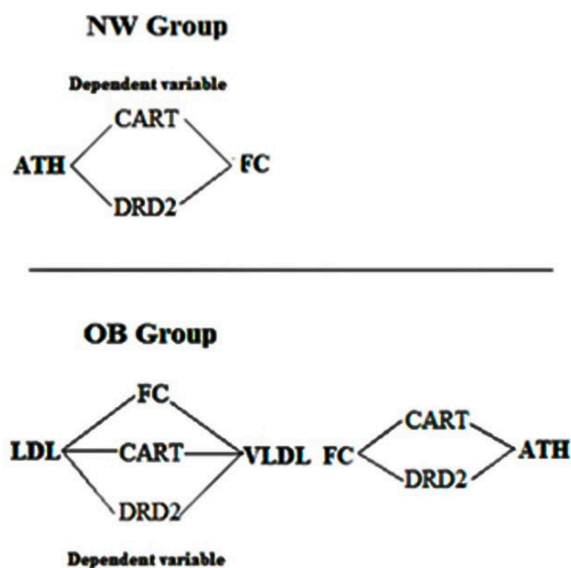


Figure 5. Representation of linear regression models by group. This diagram describes the relationships between variables, those that are outside the rhombuses, are the independent ones, those that are inside are the dependent ones. Thus, the dependent variables in the NW group are CART and DRD2 gene expression, and in the OB group are FC, CART and DRD2 gene expression. OB= Obesity group; NW= Normal Weight group.

ting its use in the current study. We applied FCQ-T to assess the strength of the desire to consume food by a specific group of participants and examined its association with physiological and genetic variables. To the best of our knowledge, this is the first study that demonstrated the relationship between gene ex-

pression, FC, and other variables, such as BMI, ATH, triglycerides, HDL, and LDL in obese and normal weight individuals. The scores obtained in FCQ-T (Marín-Soto et al., 2019b) consider the significant differences that exist in FC of both groups, as noted in the standard deviations in the population. The high FCQ-T score in OB participants they indicate an intense desire to consume the food they crave (usually highly appetizing), this will evoke frequent thoughts related to consumption and pleasant emotions that are generated after ingestion; contrary to the findings that suggest that obese subjects (particularly in women) would benefit from interventions to improve their coping strategies to manage the negative emotions that trigger cravings (Imperatori et al., 2013). In this investigation, obese subjects anticipate pleasurable emotions that are generated after intake (Marín-Soto et al., 2019b). In addition to the above, our findings suggest that obese subjects after anticipating hedonic states will reinforce the search for food by overlapping the low capacity to inhibit consumption, correlative to gene expression.

Recently Massicotte, Deschênes, & Jackson (2019), showed that a low ability to inhibit intake is related to FC after it is induced, in obese people with greater traits of food addiction; the inhibition of behavior is diminished (Rodrigue et al., 2018) being a limitation to lose weight because it favors unhealthy habits. Although many studies related to addictive be-

havior have focused on genetic polymorphisms (Lek, Ong, & Say, 2018; Obregón, Valladares, & Goldfield, 2017; Vasseur et al., 2007; Yeh et al., 2016), we examined gene expression and found an increase in the DRD2 expression in OB participants, in whom it is involved in the transport of dopamine. Dopamine levels are increased in addicted individuals, in whom this neurotransmitter is involved in motivational behavior and persistence and effort toward the pursuit of reinforcements of stimuli (Volkow et al., 2011). We found through linear regression that DRD2 explains FC in OB participants, providing an explanation for the association between FC and the effect of dopamine on addiction.

Studies on the polymorphisms of DRD2 have linked the rs1800497 variant to eating behaviors. The carriers of the T allele are susceptible to accumulation of total body fat, greater reinforcement of foods, and greater motivation to eat, particularly a hypercaloric diet (Obregón et al., 2017). Furthermore, the DRD2 TaqI A1 allele was significantly associated with BMI in a study that evaluated correlations between candidate genes, FC, overeating, and BMI (Yeh et al., 2016). The role of dopamine was further implicated when it was demonstrated that the DRD2 A1 variant was associated with craving for carbohydrates and fast food among Asian Americans (Yeh et al., 2016). In addition, DRD2 expression was correlated to eating behaviors in a study on homozygote twins. Higher gene expression was noted in individuals who exhibited a “compulsivity to eat” (Genis-Mendoza et al., 2016). This finding corroborates the results of the present investigation, wherein we demonstrate a linear correlation between DRD2 expression in the OB group and high FC. There is a paucity of studies showing how the DRD2 expression is related to FC and other important metabolic variables. Our findings support the hypothesis of the important relationship between the DRD2 overexpression and FC as well as with obesity.

CART expression regulates production of peptides with neuromodulatory activity that controls eating, satiety, drug reward, stress, and cardiovascular function (Chaar et al., 2016; Leone et al., 2018; Vasseur et al., 2007). Mutations in CART affect appetite such

that individuals who harbor such mutations have a greater propensity of developing TdCA and FC due to the intimate relationship that obesity shares with the dopaminergic reward system determined by DRD2 (Lisa, Sook, & Yee, 2012). High CART expression levels were found to localize in the brain regions, including the arcuate nucleus, lateral hypothalamus area, paraventricular nucleus, and nucleus accumbens, of rodents, monkeys, and humans. This pattern of localization suggests an important role of CART in the regulation of food intake and satiety. Consistently, injection of CART peptide into the nucleus accumbens in rodents inhibits feeding behavior (Lau & Herzog, 2014; Yang, Shieh, & Li, 2005). Furthermore, studies of mutations in CART in humans suggest a primary anorectic role of CART (Lau & Herzog, 2014). These data agree with the CART expression profile, showing a significant suppression in OB individuals as seen in the present study. Our results suggest an important role of CART in satiety. On the other hand, leptin levels are elevated in obese individuals and leptin reportedly modifies CART expression (Domínguez & Kuhar, 2004; Vrang et al., 2002). It is plausible for leptins to be involved in the suppression of CART in obesity. This warrant further investigation in this association.

FTO expression studies suggest its important role in energy homeostasis, wherein it influences brain regions that regulate eating, such as the hypothalamus. Indeed, short-term exposure to a high-fat diet suppresses the hypothalamic expression of FTO, but prolonged exposure increases its expression, which is manifested as not only overeating behavior and elevated body fat (Karra et al., 2013) but also food restriction. Although we did not find significant differences in FTO expression between OB and NW groups in the current study, FTO expression has been mainly reported in adipocytes; however, we examined its expression in the blood. Therefore, it would be useful to measure the expression levels in adipose tissue of these participants in future studies.

In the linear regression analysis, one of the most outstanding findings was the sensitivity of FCQ-T, particularly a high score (≥ 68) to DRD2 and CART expressions in the OB group. It is noteworthy that

both ATH and VLDL were identified as predictor variables for DRD2 and CART expressions. Therefore, we postulate that FCQ-T could be a useful tool for predicting the alteration in the expression of the CART and DRD2 gene as well as dyslipidemia in obese individuals. Therefore, it is proposed that using this questionnaire as a preventive instrument in population studies could reduce health costs, particularly in controlling cardiovascular diseases.

Conclusion

Results of our study show that FCQ-T can be of great use for predicting obesity and ATH of risk, independently of BMI. The DRD2 gene is observed with higher expression in the OB group with statistical differences, confirming the working hypothesis that suggests that dopamine is dysregulated in subjects with OB.

On the other hand, the relative expression of CART gene shows a significant decrease in the OB group; in the linear regression we found that FC explains LDL; CART explains ATH and VLDL; DRD2 explains ATH, VLDL and FC; and finally, CART explains FC.

We confirmed differences between OB and NW in FC, and in the gene expression of DRD2 and CART.

For future works, we suggest expanding the sample and investigating eating and physical activity habits, dividing into subgroups by gender and fat percentage levels. It would be interesting to analyze the predictive power of the FC questionnaire related to blood chemistry indicators, mainly with lipids and its possible relationship with glucose.

References

- Bąk-Sosnowska, M. (2017). Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatria Polska*, 51, 247–259. doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/62824
- Boender, A. J., van Rozen, A. J., & Adan, R. A. (2012). Nutritional state affects the expression of the obesity-associated genes *Etv5*, *Faim2*, *Fto*, and *Negr1*. *Obesity*, 20, 2420–2425. doi: 10.1038/oby.2012.128
- Capomolla, A. S., Janda, E., Paone, S., Parafati, M., Sawicki, T., Mollace, R., Ragusa, S., & Mollace, V. (2019). Atherogenic Index Reduction and Weight Loss in Metabolic Syndrome Patients Treated with A Novel Pectin-Enriched Formulation of Bergamot Polyphenols. *Nutrients*, 11, pii: E1271. doi: 10.3390/nu11061271
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Williams, T. L., & Erath, S. A. (2000). The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. *Behavior Therapy*, 31, 151–173. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80009-X
- Chaar, L. J., Coelho, A., Silva, N. M., Festuccia, W. L., & Antunes, V.R. (2016). High-fat diet-induced hypertension and autonomic imbalance are associated with an upregulation of CART in the dorsomedial hypothalamus of mice. *Physiological Reports*, 4, pii: e12811. doi: org/10.14814/phy2.12811
- Chen, Y., Li, L., & Xu, R. (2015). Disease Comorbidity Network Guides the Detection of Molecular Evidence for the Link Between Colorectal Cancer and Obesity. *AMIA Summits on Translational Science Proceedings*, 23, 201–206. PMCID: PMC4525229.
- Doaei, S., Kalantari, N., Mohammadi, N. K., Tabesh, G. A., & Gholamalizadeh, M. (2017). Macronutrients and the FTO gene expression in hypothalamus; a systematic review of experimental studies. *Indian Heart Journal*, 69, 277–281. doi: 10.1016/j.ihj.2017.01.014
- Domínguez, G. & Kuhar, M. J. (2004). Transcriptional regulation of the CART promoter in CATH.a cells. *Molecular Brain Research*, 126, 22–29. doi: 10.1016/j.molbrainres.2004.02.027
- Genis-Mendoza, A., Nicolini, H., Tovilla-Zárate, C. A., López-Narváez, M. L., & González-Castro, T. B. (2016). Asociación entre los factores de la conducta alimentaria y la expresión del gen *DRD2*: un estudio en gemelos monocigotos mexicanos [Association between the feeding behavior factors and the expression of DRD2 gene: a study of Mexican monozygotic twins]. *Gaceta Medica de Mexico*, 152, 329–333. PMID: 27335187.
- Ho, C. S., Lu, Y., Ndukwe, N., Chew, M. W., Shabbir, A., So, J. B., & Ho, R. C. (2018). Symptoms of anxiety and depression in obese Singaporeans: a preliminary study. *East Asian Archives of Psychiatry*, 28, 3–8. PMID: 29576551
- Huang, T., Zheng, Y., Hruby, A., Williamson, D. A., Bray, G. A., Shen, Y., Sacks F. M., & Qi, L. (2017). Dietary protein modifies the effect of the MC4R genotype on 2-year changes in appetite and food craving: the POUNDS Lost Trial. *Journal of Nutrition*, 147, 439–444. doi:org/10.3945/jn.116.242958

- Imperator, C., Innamorati, M., Tamburello, S., Contino, M., Contardi, A., Tamburello, A., & Fabbriatore, M. (2013). Gender differences in food craving among overweight and obese patients attending low energy diet therapy: a matched case-control study. *Eating and Weight Disorders, Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18, 297-303. doi.org/10.1007/s40519-013-0054-7
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016. (ENSANUT) Secretaría de salud, México. Retrieved from <http://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>
- Joyner, M. A., Gearhardt, A. N., & White, M. A. (2015). Food craving as a mediator between addictive-like eating and problematic eating outcomes. *Eating Behaviors*, 19, 98-101. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.07.005
- Kahathuduwa, C. N., Binks, M., Martin, C. K., & Dawson, J. A. (2017). Extended calorie restriction suppresses overall and specific food cravings: a systematic review and a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18, 1122-1135. doi.org/10.1111/obr.12566
- Kahathuduwa, C. N., Davis, T., O'Boyle, M., & Binks, M. (2018). Do scores on the Food Craving Inventory and Three-Factor Eating Questionnaire correlate with expected brain regions of interest in people with obesity? *Physiology and Behavior*, 188, 1-10. doi.org/10.1016/j.physbeh.2018.01.018
- Karra, E., O'Daly, O. G., Choudhury, A. I., Youssef, A., Millership, S., Neary, M. T., Scott, W. R., Chandarana, K., Manning, S., Hess, M. E., Iwakura, H., Akamizu, T., Millet, Q., Gelegen, C., Drew, M. E., Rahman, S., Emmanuel, J. J., Williams, S. C., Rüther, U. U., Brüning, J. C., Withers, D. J., Zelaya, F. O., & Batterham, R. L. (2013). A link between FTO, ghrelin, and impaired brain food-cue responsivity. *Journal of Clinical Investigation*, 123, 3539-3551. doi.org/10.1172/JCI44403
- Lau, J. & Herzog, H. (2014). CART in the regulation of appetite and energy homeostasis. *Frontiers in Neuroscience*, 8, 313. doi.org/10.3389/fnins.2014.00313
- Lek, F.Y., Ong, H.H., & Say Y.H. (2018). Association of dopamine receptor D2 gene (DRD2) Taq1 polymorphisms with eating behaviors and obesity among Chinese and Indian Malaysian university students. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 27, 707-717. doi.org/10.6133/apjcn.092017.09
- Leone, S., Ferrante, C., Recinella, L., Chiavaroli, A., Mollica, A., Tömböly, C., Stefanucci, A., Dimmito, M.P., Dvoráskó, S., Verratti, V., De Petrocellis, L., Orlando, G., & Brunetti, L. (2018). Effects of RVD-hemopressin (a) on feeding and body weight after standard or cafeteria diet in rats. *Neuropeptides*, 72, 38-46. doi.org/10.1016/j.npep.2018.10.002
- Li, W., Qiu, Q., Sun, L., Yue, L., Wang, T., Li, X., & Xiao, S. (2017). Sex differences in obesity and cognitive function in a cognitively normal aging Chinese Han population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2405-2410. doi.org/10.2147/NDT.S145245
- Lisa, Y., Sook, H.F., & Yee, H.S. (2012). Association of the Cocaine-and Amphetamine-Regulated Transcript Prepropeptide Gene (CARTPT) rs2239670 Variant with Obesity among Kampar Health Clinic Patrons, Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 19, 43-51.
- Martin, C. K., Rosenbaum, D., Han, H., Geiselman, P. J., Wyatt, H. R., Hill, J. O., Brill, C. Bailer, B., Miller-III, B. V., Stein, R., Klein, S., & Foster, G. D. (2011). Change in food cravings, food preferences and appetite during a low-carbohydrate and low-fat diet. *Obesity*, 19, 1963-1970. doi.org/10.1038/oby.2011.62
- Massicotte, E., Deschênes, S., & Jackson P. L. (2019). Food craving predicts the consumption of highly palatable food but not bland food. *Eat Weight Disorders*, 24, 693-704. doi: 10.1007/s40519-019-00706-8
- Marín-Soto, M.D., Méndez-Peña, B., Murillo-Tovar, M.M., Ocadiz-Parra, I., & Aguilera-Sosa, V.R. (2019a). Food craving: el enemigo oculto en la obesidad. *Revista de Enfermería*, 2, 66-70. ISSN: 2339-7284. Revised: <http://www.innsz.mx/2018/RevistaEnfermeria/RevistaEnfermeria-2019-2.pdf>
- Marín-Soto, M.D., Vargas-De-León, C., Pérez-Vielma, N.M., Castillo-Ramírez, M., Miliar-García, A., Murillo-Tovar, M.M., Méndez-Peña, B., & Aguilera-Sosa, V. (2019b). Deseo intenso por alimentos apetecibles: validación y estandarización del Food Craving Questionnaire-Trait en México. *Gaceta Médica de México*; in press, número 5 o 6 (155), Código: GMM/5358/19. DOI: 10.24875/GMM.19005358
- Meule, A., Lutz, A., Vögele, C., & Kübler, A. (2012). Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. *Appetite*, 58, 88-97. doi: 10.1016/j.appet.2011.09.010
- Nijs, I. M., Franken, I. H., & Muris, P. (2007). The modified Trait and State Food-Cravings Questionnaires: development and validation of a general index of food craving. *Appetite*, 49, 38-46.
- Obregón, A. M., Valladares, M., & Goldfield, G. (2017). Association of the dopamine D2 receptor rs1800497 polymorphism and eating behavior in Chilean children. *Nutrition*, 35, 139-145. doi: 10.1016/j.nut.2016.11.005

- OMS (2016). La Obesidad y el sobrepeso. *Temas de salud, Centro de Medios*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Oyeyemi, B. F., Ologunde, C. A., Olaoye, A. B., & Alamu-kii, N. A. (2017). FTO gene associates and interacts with obesity risk, physical activity, energy intake, and time spent sitting: pilot study in a Nigerian population. *Journal of Obesity*, 1–11. doi: 10.1155/2017/3245270
- Queiroz de Medeiros, A.C., Campos Pedrosa, L. F., Hutz, C. S., & Yamamoto, M. E. (2016). Brazilian version of Food Cravings Questionnaires: psychometric properties and sex differences. *Appetite*, 105, 328–333. doi: 10.1016/j.appet.2016.06.003
- Richard, A., Meule, A., Reichenberger, J., & Blechert, J. (2017). Food cravings in everyday life: An EMA Study on snack-related thoughts, cravings, and consumption. *Appetite*, 1, 215–223. doi: 10.1016/j.appet.2017.02.037
- Rodrigue, C., Ouellette, A. S., Lemieux, S., Tchernof, A., Biertho, L., & Begin, C. (2018) Executive functioning and psychological symptoms in food addiction: a study among individuals with severe obesity. *Eat Weight Disorders*, 23, 469–478. doi: 10.1007/s40519-018-0530-1
- Rodríguez-Martín, B. C., Gil-Pérez, P., & Pérez-Morales, I. (2015). Exploring the “weight” of food cravings and thought suppression among Cuban adults. *Eating and Weight Disorders*, 20, 249–256. doi: 10.1007/s40519-014-0163-y
- Shcherbina, L., Edlund, A., Esguerra, J. L., Abels, M., Zhou, Y., Ottosson-Laakso, E., Wollheim, C. B., Hansson, O., Eliasson, L., & Wierup, N. (2017). Endogenous beta-cell CART regulates insulin secretion and transcription of beta-cell genes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 447, 52–60. doi: 10.1016/j.mce.2017.02.027
- Schulte, E. M., Avena, N. M., & Gearhardt, A. N. (2015). Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. *PLoS One*, 10, Article e0117959, 10.1371/journal.pone.0117959
- Speakman, J. R. (2015). The ‘Fat Mass and Obesity Related’ (FTO) gene: mechanisms of impact on obesity and energy balance. *Current Obesity Reports*, 4, 73–91. doi: 10.1007/s13679-015-0143-1
- Taylor M. (2019). A review of food craving measures. *Eating Behaviors*, 32, 101–110. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.01.005
- Tronieri, J. S., Wurst, C. M., Pearl, R. L., & Allison, K. C. (2017). Sex differences in obesity and mental health. *Current Psychiatry Reports*, 19, 29. doi: 10.1007/s11920-017-0784-8
- Van den Eynde, F., Koskina, A., Syrad, H., Guillaume, S., Broadbent, H., Campbell, I. C., & Schmidt, U. (2012). State and trait food craving in people with bulimic eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 414–417. doi: 10.1016/j.eatbeh.2012.07.007
- Vasseur, F., Guérardel, A., Barat-Houari, M., Cottel, D., Amouyel, P., Froguel, P., & Helbecque, N. (2007). Impact of a CART promoter genetic variation on plasma lipid profile in a general population. *Molecular Genetics and Metabolism*, 90, 199–204. doi: 10.1016/j.ymgme.2006.08.012
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108, 15037–15042. doi: 10.1073/pnas.1010654108
- Vrang, N., Kristensen, P., Tang-Christensen, M., & Larsen, P. J. (2002). Effects of leptin on arcuate pro-opiomelanocortin and cocaine-amphetamine-regulated transcript expression are independent of circulating levels of corticosterone. *Journal of Neuroendocrinology*, 14, 880–886. doi: 10.1046/j.1365-2826.2002.00855.x
- Wang, Q., Zheng, D., Liu J, Fang L., & Li Q. (2018). Atherogenic index of plasma is a novel predictor of non-alcoholic fatty liver disease in obese participants: a cross-sectional study. *Lipids in Health and Disease*, 17, 284. doi: 10.1186/s12944-018-0932-0
- Xie, F., Zhou, H., & Wang, Y. (2019). Atherogenic index of plasma is a novel and strong predictor associated with fatty liver: a cross-sectional study in the Chinese Han population. *Lipids in Health and Disease*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12944-019-1112-6>
- Yang, S. C., Shieh, K. R., & Li, H. Y. (2005). Cocaine- and amphetamine-regulated transcript in the nucleus accumbens participates in the regulation of feeding behavior in rats. *Neuroscience*, 133, 841–851. doi: 10.1016/j.neuroscience.2005.03.023
- Yeh, J., Trang, A., Henning, S. M., Wilhalme, H., Carpenter, C., Heber, D., & Li, Z. (2016). Food cravings, food addiction, and a dopamine-resistant (DRD2 A1) receptor polymorphism in Asian American College students. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 25, 424–429. doi: 10.6133/apjcn.102015.05
- Zhang, X., Gao, Y., Tang, N., Qi, J., Wu, Y., Hao, J., Wang, S., Chen, D., & Li, Z. (2018). One evidence of cocaine- and amphetamine-regulated transcript (CART) has the bidirectional effects on appetite in Siberian sturgeon (*Acipenser baerii*). *Fish Physiology and Biochemistry*, 44, 411–422. doi: 10.1007/s10695-017-0444-2



ORIGINAL

Afrontamiento y Estrés en Preescolares: El Papel de la Edad y el Sexo¹

Coping and Stress in Preschoolers: The Role of Age and Gender

María Teresa Monjarás Rodríguez², María Emilia Lucio y Gómez Maqueo,
Edith Romero Godínez, y Consuelo Durán Patiño

^a Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido 11 de mayo de 2021; aceptado 14 de octubre de 2021

Resumen

El estrés en las primeras edades de la vida, así como la forma de afrontar las situaciones adversas pueden tener repercusiones a futuro en la salud mental. El sexo y la edad son variables que juegan un rol importante en ambas variables, sin embargo, han sido poco estudiadas en la población preescolar, analizar dichas variables contribuye en el desarrollo de intervenciones preventivas. Objetivo: Analizar las diferencias en el nivel de estrés y tipos de afrontamiento según el sexo y la edad; para esto, se realizó un estudio transversal. Método. Se trabajó con una muestra no probabilística de 115 preescolares mexicanos entre 4 y 5 años ($M = 4.6$; $DE = 0.49$), a quienes se les aplicó la Escala de Estrés Cotidiano y la Escala de Afrontamiento. Los resultados mostraron que el estrés afecta de la misma forma a niños y niñas de 4 y 5 años; los niños emplean más el Afrontamiento Disfuncional y los más pequeños (4 años) emplean más el Afrontamiento Emocional, Disfuncional y Evitativo. Estos datos se discuten en términos del desarrollo del afrontamiento en niños mexicanos y sus implicaciones para la instrumentación de intervenciones preventivas encaminadas a promover la salud mental.

Palabras Clave: Estrés; Afrontamiento; Preescolares; Sexo; Edad

Abstract

Child mental health is considered an important issue as it has been observed that exposure to adverse situations in childhood, as well as the accumulation of these situations, affect mental health at later ages. The most frequent disorders in childhood are anxiety disorders (Antoniou & Karteris, 2017; Higa-McMillan et al.,

1 Financiamiento: Proyecto DGAPA-PAPIIT IN305719

2 Contacto: Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Domicilio: Av. Te 786, Granjas México, Iztacalco, 08400. Ciudad de México. Teléfono: 5534864946; Correo: teremonjaras87@gmail.com

2016). In preschoolers, conditions suggestive of neurodevelopmental disorders, such as attention deficit, stand out (Caraveo-Anduaga & Martínez-Vélez, 2019). Nowadays, the professionals in the field of childhood see many children in distress and with negative emotional reactions to certain events in their lives, which makes it very difficult to deny the existence of stress in these early ages, so stress in the early ages can have future repercussions on mental development. Gender and age are variables that play an important role in the study of stress and coping; however, they have been little studied in the preschool population, analyzing these variables contributes to the development of preventive interventions. Objective: To analyze the differences in the level of stress and types of coping according to sex and age; for this purpose, a cross-sectional study was carried out. A cross-sectional study was carried out. A non-probabilistic sample of 115 Mexican preschoolers between 4 and 5 years old ($M= 4.6$; $SD= .49$), to whom the following instruments were applied individually: Preschool Daily Stress Scale and Preschool Coping Scale. The results showed that stress affects boys and girls of 4 and 5 years old in the same way; boys use more Dysfunctional Coping and the younger ones (4 years old) use more Emotional, Dysfunctional and Avoidant Coping. The results found can collaborate in the formulation of interventions for the prevention of daily stress in preschoolers considering the developmental perspective, with younger preschooler boys, as opposed to girls, presenting greater dysfunctional coping, possibly associated to the fact that girls have an earlier development.

Keywords: Stress; Coping; Preschoolers; Sex; Age

La salud mental infantil se considera un tema primordial pues se ha observado que la exposición a situaciones adversas en la infancia, así como la acumulación de estas situaciones favorecen su deterioro. Se ha reportado que los trastornos más frecuentes en la infancia son los de ansiedad (Antoniou & Karteris, 2017; Higa-McMillan et al., 2016) y en los preescolares resaltan, los problemas de atención (Caraveo-Anduaga & Martínez-Vélez, 2019) insomnio y conducta oposicionista (Ezpeleta et al., 2014).

Existen algunos estudios realizados con preescolares, en su mayoría con población extranjera, los cuales, reportan que la dificultad para regular las emociones en la primera infancia puede llevar a la presencia de problemas de conducta antisocial (Alonso et al., 2017), además el estrés prolongado en preescolares influye en las estrategias de afrontamiento y problemas de sueño que, a su vez, repercuten en la depresión y ansiedad (Lokhandwala et al., 2021).

Sumado a lo anterior se conoce que las estrategias de afrontamiento resultan un mediador entre los traumas infantiles, la depresión y el trastorno por consumo de alcohol en la adolescencia o adultez, existen relaciones importantes entre las estrategias

desadaptativas de afrontamiento (evitación, rumiación, supresión) y niveles altos de ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación y consumo de sustancias (Akcan et al., 2021).

En los preescolares australianos se observó que el afrontamiento positivo tenía una correlación significativa con la conducta prosocial, por su parte el afrontamiento negativo se relacionaba con síntomas emocionales como dolores de cabeza y nerviosismo; el afrontamiento emocional se relacionó de forma positiva con los problemas de conducta y negativamente con la conducta prosocial (Kiernan et al., 2017).

Referente a las áreas de estrés que se han reportado en preescolares, específicamente en población mexicana son: estrés en relación con los padres, en relación con los hermanos, ambiental, escolar, por fantasías y por castigos (Monjarás & Lucio, 2018).

Los tipos de afrontamiento que tienden a usar los preescolares, según Frydenberg (2017) se refieren a estrategias: centrada en la emoción, pasiva/inhibida y evitación. En México se ha observado que los preescolares tienden a utilizar estrategias de tipo disfuncional, evitación, emocional y funcional (Lucio & Monjarás, 2020). Otros autores sugieren que en las

etapas tempranas los niños recurren a la búsqueda de apoyo (principalmente de sus cuidadores principales y evitación o escape, estrategias que van disminuyendo en la infancia tardía (Gardner et al., 2021).

Resulta relevante considerar la perspectiva de desarrollo para conocer cómo cambian dichos procesos con la edad y si la vulnerabilidad al estrés varía sistemáticamente en diferentes etapas de la vida (Ehrlich et al., 2016; Pollak, 2015), sin embargo, hay un número limitado de publicaciones latinoamericanas, lo que lleva a suponer que este tema representa un desafío, en especial en los preescolares, ya que el efecto de las experiencias adversas en la infancia es más nocivo que en otro momento de la vida (Vega-Arce & Núñez, 2017). Existe investigación en competencia social y emocional, así como en habilidades de afrontamiento en niños y adolescentes, pero muy poca con población preescolar (Frydenberg, 2014).

Como lo menciona Lee y Moon (2017), la edad y el sexo son variables que no se pueden ignorar cuando se habla de la capacidad emocional y la resiliencia. Las niñas tienen mayor probabilidad de responder a los estresores con síntomas internalizados y los niños con síntomas externalizados (Grant et al., 2006), lo anterior también está documentado en un metaanálisis realizado por Skinner y Saxton (2019) donde observaron que las niñas tienden a la búsqueda de apoyo y formas de afrontamiento internalizadas, mientras que los niños utilizan más acciones directas para solucionar el problema y oposición (externalizados).

Siguiendo con las investigaciones que involucran las variables sexo y edad, Vega et al. (2013) en un estudio con niños entre 10 y 13 años, encontraron que las niñas presentan estrés moderado y los niños no se encuentran estresados. En cuanto al afrontamiento, no se reportaron diferencias por sexo, pero sí por nivel de estrés, los niños que no reportaron estrés presentaron un menor uso de estrategias de afrontamiento, a diferencia de los que reportaron estrés.

Referente a las variables afrontamiento y sexo, Morales et al. (2012), en un estudio con niños entre 9 y 12 años, encontraron que las niñas presentan más estrategias de afrontamiento centrado en el problema: solución activa, comunicar el problema

a otros, búsqueda de información y guía, y actitud positiva. Para la estrategia indiferencia (afrontamiento improductivo) también encontraron diferencias estadísticamente significativas, es más empleada por las niñas de 9 años, aunque su empleo es mayor por los niños del resto de las edades (10, 11 y 12 años). Para la estrategia de afrontamiento improductivo (conducta agresiva), la puntuación media es mayor para los niños; y a menor edad, mayor es el empleo de la estrategia reservarse el problema, en ambos sexos (Morales et al., 2017), lo anterior coincide con un estudio realizado en México por Lucio et al. (2015), quienes sugieren que el uso de estrategias de afrontamiento depende del sexo y la edad.

Aunque las investigaciones antes mencionadas fueron realizadas con niños en edad escolar y adolescentes, es importante mencionarlas, porque han mostrado que el impacto del estrés, así como el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento se encuentra en función del sexo y la edad. Además, se ha reconocido que el estrés y afrontamiento resultan variables que inciden en la psicopatología infantil, y que pueden favorecer la resiliencia en las transiciones difíciles, así como recuperarse de las circunstancias desfavorables que amenazan su bienestar (Gardner et al., 2021; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016;).

Al estudiar si las diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento de niños y niñas aumentan a medida que entran en la adolescencia, los datos no son del todo concluyentes, los resultados se han dirigido a una sola diferencia más o menos clara: en comparación con los chicos, las chicas tienden a utilizar más la búsqueda de apoyo (Skinner & Saxton, 2019) y afrontamiento centrado en la emoción, sin embargo, estas diferencias se disipan cuando se llega a la adultez. (Flannery et al., 2018).

En un estudio realizado en China con preescolares, estudiaron el efecto de la interacción edad y sexo en la regulación emocional, resultando que las emociones positivas incrementan con la edad y hay diferencias significativas en la reconstrucción cognitiva, solución de problemas, afrontamiento pasivo y expresión emocional. Al mismo tiempo, hubo diferencias significativas en cuanto al sexo en la conducta

agresiva, los niños fueron más negativos que las niñas en la regulación emocional. Sin embargo, no se encontró una interacción significativa entre edad y sexo (Chen et al., 2021).

Considerando que existe poca investigación con respecto al rol del sexo y la edad en el estrés y afrontamiento preescolar, específicamente en población mexicana, y que los estudios que hay en otras culturas han mostrado información poco concluyente, se destaca la importancia del presente trabajo para aportar información empírica que dé sustento al impacto del estrés en los preescolares y el desarrollo del afrontamiento, reconociendo su importancia en el ámbito de la psicología clínica para contar con información que sustente la instrumentación de intervenciones para promover la salud mental de los menores.

De esta manera, se establece el siguiente objetivo: analizar las diferencias en el nivel de estrés y tipos de afrontamiento según el sexo y la edad. La pregunta de investigación plantea conocer ¿Qué diferencias existen en el nivel de estrés y los tipos de afrontamiento empleados según el sexo y la edad? y la hipótesis nula considera que no existen diferencias en el nivel de estrés y los tipos de afrontamiento empleados según el sexo y la edad.

Método

Participantes

Se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia, participaron 115 niños de dos escuelas públicas de nivel preescolar, 60 niños asistían a un preescolar ubicado en la zona conurbana y 55 a un preescolar ubicado en la zona urbana, ambas situadas al oriente de la Ciudad de México. La muestra se distribuyó de acuerdo con la edad: 61% niños de 5 años a 5 años 11 meses y 39% de 4 años a 4 años 11 meses ($M = 4.6$, $DE = .49$); de acuerdo con el sexo: el 54% fueron niñas y el 46% niños. Criterios de inclusión: niños de 4 años 0 meses a 5 años 11 meses que se encontraban cursando el preescolar en escuelas públicas y otorgaron su asentimiento para participar, sin dificultad en la comprensión y producción del len-

guaje, que contaran con el consentimiento informado de sus padres para responder los cuestionarios.

Instrumentos

Escala de Estrés Cotidiano para Preescolares. Se empleó una escala validada previamente en población mexicana, se califica empleando una escala con reactivos tipo Likert (1 = nada, 2 = poco, 3 = mucho). Consta de seis factores que explican el 57.89% de la varianza y $KMO = 0.847$, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.848. Contiene 19 reactivos que dieron lugar a una estructura de seis factores: 1) Estrés Cotidiano en la Relación con Padres, consta de tres reactivos, con una varianza explicada de 27.52% y un $\alpha = 0.619$; 2) Estrés Cotidiano en la Relación con los Hermanos, consta de tres reactivos con una varianza explicada de 7.06% y un $\alpha = 0.639$; 3) Estrés Cotidiano Ambiental, consta de tres reactivos con una varianza explicada de 6.71% y un $\alpha = 0.567$; 4) Estrés Cotidiano Escolar, consta de cuatro reactivos con una varianza explicada de 5.83% y un $\alpha = 0.596$; 5) Estrés Cotidiano por Fantasías, consta de tres reactivos con una varianza explicada de 5.44% y un $\alpha = 0.592$; y, 6) Estrés Cotidiano por Castigos, consta de tres reactivos con una varianza explicada de 5.31% y un $\alpha = 0.581$ (Monjarás & Lucio, 2018).

Escala de Afrontamiento para Preescolares. Esta escala fue previamente validada con niños mexicanos, sus propiedades psicométricas muestran una varianza explicada del 53.85%, $KMO = 0.861$ y un alfa de Cronbach de 0.845. Consta de 17 reactivos, se califica usando una escala tipo Likert (1 = no lo hago, 2 = algunas veces lo hago y 3 = muchas veces lo hago). Contiene cuatro factores: 1) Afrontamiento Emocional, tiene cuatro reactivos con una varianza explicada de 16.59% y un $\alpha = 0.766$; 2) Afrontamiento Disfuncional, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 14.12% y un $\alpha = 0.737$; 3) Afrontamiento Evitativo, consta de cinco reactivos con una varianza explicada de 12.70% y un $\alpha = 0.690$; y, 4) Afrontamiento Funcional con tres reactivos, una varianza explicada de 10.43% y un $\alpha = 0.586$ (Lucio & Monjarás, 2020).

Procedimiento

Se solicitó el permiso ante la Secretaría de Educación Pública en la Coordinación Preescolar, para el acceso a los centros preescolares, una vez obtenido se les presentó a los directivos el plan de trabajo. Posteriormente se hizo llegar a los padres el consentimiento informado donde se explicaba la participación de sus hijos dentro del estudio y las implicaciones éticas, se procedió a trabajar únicamente con los niños que otorgaron su asentimiento y cuyos tutores firmaron el consentimiento informado.

Las escalas se aplicaron de forma presencial (antes de la pandemia) e individual a los niños, en dos sesiones con una duración de 15 minutos. La aplicación de los instrumentos fue realizada por una psicóloga debidamente entrenada en evaluación psicológica infantil.

Es importante señalar que para el consentimiento informado se siguieron los lineamientos de la Declaración del Helsinki (2013), donde se mencionó a los padres que la participación de sus hijos era totalmente voluntaria, se podían retirar del estudio cuando lo decidieran sin represalia alguna, como agradecimiento a su participación, al final del estudio, se ofreció una conferencia sobre estrés y afrontamiento en preescolares, así como un directorio de los centros a dónde podrían acudir sus hijos en caso de alto nivel de estrés u otra problemática.

Análisis de datos

Una vez aplicadas las escalas, se procedió a la captura de los datos en el paquete SPSS V24. Se llevaron a cabo pruebas de MANOVA para analizar los efectos principales y de interacción del sexo, edad y áreas de estrés, así como los efectos principales y de interacción del sexo, edad y tipos de afrontamiento. Finalmente se analizaron los datos con la prueba t de Student para conocer las diferencias en los niveles de estrés y los tipos de afrontamiento según el sexo y la edad.

Resultados

Efectos del sexo, edad y estrés

Para analizar los efectos principales y de interacción del sexo, edad y estrés, se realizaron análisis MANOVA. Los contrastes multivariados del modelo general lineal que evaluó el estrés mostraron un efecto principal no significativo para todo el modelo en las variables: sexo; edad y sexo*edad, lo cual indica que el estrés afecta de la misma forma a niños y niñas de 4 y 5 años (ver Tabla 1).

Tabla 1
Efectos del sexo y edad en el estrés total y las áreas de estrés

	<i>F</i> (6,106)	<i>p</i>	η^2
Sexo	.209	0.97	.012
Edad	1.37	0.23	.072
Sexo*edad	0.48	0.81	.027

Nota: Intervalo de Confianza = .95, η^2 = Eta parcial al cuadrado.

Efectos del sexo, edad y afrontamiento

Por otro lado, los contrastes multivariados para las variables del sexo, edad y sexo*edad relacionados con los efectos en el afrontamiento mostraron un efecto principal significativo para el modelo en las variables de sexo y edad; no así para la interacción sexo*edad (ver Tabla 2).

Tabla 2
Efectos del sexo y edad y las áreas de afrontamiento

	<i>F</i> (4,108)	<i>p</i>	η^2
Sexo	3.70	.007	.12
Edad	7.28	.001	.21
Sexo*edad	1.76	.14	.06

Nota: Intervalo de Confianza = .95, η^2 = Eta parcial al cuadrado.

Las comparaciones univariadas mostraron un efecto significativo para el sexo y el Afrontamiento Disfuncional y para la edad y el Afrontamiento Emocional, Disfuncional y Evitativo (ver Tabla 3).

Tabla 3
Efectos del sexo, edad y el Afrontamiento Disfuncional, Emocional y Evitativo

Afrontamiento	<i>F</i> (1,111)	<i>p</i>	η^2
Sexo			
Disfuncional	6.07	.01	.05
Edad			
Emocional	9.91	.002	.08
Disfuncional	18.10	.001	.14
Evitativo	24.14	.001	.17

Nota: Intervalo de Confianza = .95, η^2 = Eta parcial al cuadrado.

Diferencias en el Afrontamiento, sexo y edad

Con la finalidad de conocer las diferencias entre los niveles de estrés y los tipos de afrontamiento según el sexo y la edad, se corrió la Prueba *t* de Student. En la Tabla 4 se muestra que las diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo y los tipos de afrontamiento favorecen a los niños, quienes utilizan más el tipo de Afrontamiento Disfuncional en comparación con las niñas. Con relación a la edad y el tipo de afrontamiento se observa que los niños de 4 años son quienes utilizan más el Afrontamiento Emocional; Disfuncional y el de Evitación, al compararlos con los niños de 5 años (ver Tabla 4).

Discusión

Los resultados encontrados en el presente trabajo permiten aceptar parcialmente la hipótesis nula, al encontrar, por un lado, que el estrés afecta por igual a niños y niñas de 4 y 5 años; y por el otro, al mostrar que el sexo y la edad tienen un efecto en los tipos

de afrontamiento que usan niños y niñas de 4 y 5 años. A partir de esta información, se establece que el objetivo planteado en este estudio se cumplió, las implicaciones de estos resultados se discutirán a continuación.

Con relación a las implicaciones del sexo y los niveles de estrés encontrados en la muestra del estudio, se considera que el hallazgo permite reconocer que niños y niñas se encuentran afectados de la misma forma por esta variable y que la edad tampoco es un factor determinante para percibir más o menos estrés. Esta información resulta contradictoria con lo reportado por Grant et al. (2006), Skinner y Saxton (2019) y Vega et al. (2013) quienes reportaron que las niñas presentaban más estrés al compararlas con los niños, cabe señalar que los participantes de los estudios citados fueron adolescentes, por lo que una posible explicación a este hecho sea la etapa de desarrollo, pues se ha documentado que dado el desarrollo cognoscitivo de los preescolares aún no han desarrollado las habilidades de regulación suficientes (Alonso et al., 2017).

En este sentido, resulta de suma importancia continuar estudiando cómo afecta el estrés a los niños en edad preescolar, y desarrollar mecanismos para promover el uso de estrategias de afrontamiento que puedan mediar la relación estrés y psicopatología, que ha sido bien documentada en diferentes estudios (Akcan et al., 2021; Lokhandwala et al., 2021; Romero et al., 2017; VanMeter et al., 2020; Vega-Arce & Nuñez, 2017). Asimismo, otro factor a considerar son las características del contexto en los que se realizaron los estudios, el presente estudio se llevó a cabo en zonas consideradas con altos niveles de inseguridad

Tabla 4
Diferencias entre los factores de Afrontamiento, sexo y edad

Sexo	Niños (n= 53)		Niñas (n= 62)		<i>t</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Disfuncional	8.30	3.01	7.24	2.50	2.03*	0.38
Edad						
	4 años (n= 45)		5 años (n= 70)			
Emocional	8.56	2.58	7.07	2.46	3.09**	0.59
Disfuncional	8.98	3.27	6.93	2.08	3.74**	0.75
Evitación	12.02	2.71	9.51	2.56	4.94**	0.95

Nota: Intervalo de Confianza = .95; **p* < .05. ** *p* < .001

y violencia infantil (Comisión Nacional de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM], 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018), se sabe que las experiencias de vida adversas en la infancia, tienen un impacto en el estrés infantil. (Vega & Nuñez, 2017), así como en el uso de estrategias de afrontamiento emocionales que a su vez juegan un rol importante en el desarrollo de la psicopatología (VanMeter, Handley, & Cicchetti, 2020).

Resulta relevante considerar que de acuerdo con las habilidades reconocidas a desarrollar en la etapa preescolar se encuentran el despliegue de competencias sociales y de control emocional para la interacción social con sus compañeros (Côté et al., 2017), así como la comprensión por parte del niño para entender que los otros tienen sus propias ideas y preferencias (Kopp, 2009), sumado a estas tareas del desarrollo, los altos niveles de estrés del contexto y la vida acelerada en la sociedad actual, resulta de suma importancia brindar a los niños y niñas en edad preescolar recursos para poder prevenir síntomas de psicopatología que puedan resultar del estrés percibido.

Por otro lado, en el presente trabajo se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de afrontamiento y el sexo, observando que los niños tienden a utilizar más el tipo de Afrontamiento Disfuncional (pegar, gritar, etc.), esto concuerda con los estudios realizados en escolares por Morales et al. (2017) y Lucio et al. (2015), una explicación a esto puede estar relacionada con el hecho de que culturalmente a los niños se les permite más la expresión de conductas disruptivas, en comparación con las niñas. Lo anterior no sólo coincide con los estudios en la etapa escolar, sino también preescolar en diferentes países, donde son los niños quienes tienden a responder al estrés con estrategias de afrontamiento donde se ve implicada la conducta agresiva (Chen et al., 2021; Skinner & Saxton, 2019).

En cuanto a la edad se muestra que los niños de cuatro años utilizan más el Afrontamiento Emocional, Disfuncional y Evitación, en el factor funcional no se encontraron diferencias significativas, al respecto Kiernan et al. (2017) refieren que, a los 4 años,

los niños tienen un repertorio de estrategias de afrontamiento tanto positivas como negativas y que estas estrategias están asociadas a una mayor o peor adaptación, respectivamente. Se ha visto que conforme incrementa la edad se tienen más recursos para afrontar el estrés, y son las niñas quienes tienen un desarrollo más temprano (Chen et al., 2021). Teniendo esto en cuenta, el enfoque de las intervenciones para este grupo de edad puede ir dirigido a promover en los niños una mayor gama de estrategias de afrontamiento positivas y ayudar a los niños a desaprender las estrategias de afrontamiento negativas.

Por último, es importante resaltar que los niños en edades tempranas requieren de un ambiente seguro y protección para su desarrollo de afrontamiento funcional (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2020) y que los padres juegan un rol muy importante porque de acuerdo con la forma en cómo los padres afronten las adversidades, resulta un predictor del afrontamiento de los niños (Campbell et al., 2017).

Coincidimos con Frydenberg (2020) quien resalta la importancia de la promoción del afrontamiento adaptativo, pues éste contribuye al bienestar y resiliencia de los individuos, poder promoverlo desde edades tempranas puede repercutir en la prevención de problemas a salud mental a futuro. El afrontamiento también es fundamental para el progreso y los resultados del desarrollo, proporcionando una base sólida sobre la que se construye la resiliencia, ya sea a través de las experiencias naturales y la recuperación o a través de las intervenciones y los tratamientos (Gardner et al., 2021).

Es importante mencionar algunas limitaciones y sugerencias en el presente estudio. Entre las limitantes, se considera que al trabajar sólo con niños de la zona urbana oriente de la ciudad de México los resultados deben, en mayor medida, ser considerados para esta población, como sugerencias y a fin de lograr una mayor comprensión del fenómeno, así como ampliar la muestra para generalizar los resultados, se recomienda realizar un muestreo probabilístico y realizar estudios mixtos donde la evaluación se realice a través de pruebas psicométricas y evaluación cualitativa, como la observación.

Referencias

- Alonso, N., Vergara, A., Gutiérrez, J., & Vergara, L. (2017). Conocimiento emocional y conducta disruptiva: evidencia preliminar para la prevención temprana de la conducta antisocial. *International E-Journal of Criminal Sciences*, 11(3), 1-16.
- Akcan, G., Öztürk, E., & Erdoğan, B. (2021). The investigation of the mediating role of coping strategies on the relationship between childhood traumas, depression and alcohol use disorder in university students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 123, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108305>
- Antoniou, A. S., & Karteris, V. (2017). Factors influencing the occurrence of anxiety levels in childhood and coping strategies. *European Journal of Special Education Research*, 2(6), 1-21. <https://doi.org/10.5281/zenodo.852516>
- Campbell, L., DiLorenzo, M., Atkinson, N., & Riddell, R. P. (2017). Systematic review: A systematic review of the interrelationships among children's coping responses, children's coping outcomes, and parent cognitive-affective, behavioral, and contextual variables in the needle-related procedures context. *Journal of pediatric psychology*, 42(6), 611-621. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx054>
- Caraveo-Anduaga, J. J., & Martínez-Vélez, N. A. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 61, 514-523. <https://doi.org/10.21149/9727>
- Chen, H.; Hong, Q.; Xu, J.; Liu, F.; Wen, Y., & Gu, X. (2021). Resilience coping in preschool children: the role of emotional ability, age, and gender. *Environmental Research and Public Health*, 18, 5027. <https://doi.org/10.3390/ijerph18095027>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos de la Ciudad de México [CDHCM]. (2020). Advierte alcalde de Iztacalco sobre incremento de casos graves de violencia en los hogares. Boletín de prensa 125/2020. <https://cdhcm.org.mx/2020/09/advierte-alcalde-de-iztacalco-sobre-incremento-de-casos-graves-de-violencia-en-los-hogares/>
- Côté, S. M., Larose, M. P., Geoffroy, M. C., Laurin, J., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Ouellet-Morin, I. (2017). Testing the impact of a social skill training versus waiting list control group for the reduction of disruptive behaviors and stress among preschool children in child care: the study protocol for a cluster randomized trial. *BMC psychology*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0197-9>
- Ehrlich, K. B., Miller, G. E., & Chen, E. (2016). Childhood adversity and adult physical health. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (pp. 1-42). John Wiley & Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy401>
- Ezpeleta, L., De La Osa, N., & Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 145-155. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0683-1>
- Flannery, K. M., Vannucci, A., & Ohannessian, C. M. C. (2018). Using time-varying effect modeling to examine age-varying gender differences in coping throughout adolescence and emerging adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S27-S34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.027>
- Frydenberg, E. (2014). Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 82-92. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12051>
- Frydenberg, E. (2017). *Coping and the challenge of resilience*. Australia: Palgrave Macmillan.
- Frydenberg, E. (2020). My journey in coping research and practice: The impetus and the relevance. *The Educational and Developmental Psychologist*, 37(1), 83-90. <https://doi.org/10.1017/edp.2020.9>
- Gardner, A. A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2021). Coping Skills. In *Encyclopedia of Child and Adolescent Health*. (pp. 1-10). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818872-9.00029-7>
- Grant, E. K., Compas, E. B., Thurm, E. A., McMahon, D. S., Gipson, Y. P., Campbell, J. A., Krochok, K., & Westerholm, I. R. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 257-283. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011>
- Higa-McMillan, C.K., Francis, S.E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B.F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2018). Encuesta nacional de seguridad pública urbana 18 de abril del 2018. <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines2018/ensu/ensu201804.pdf>
- Kiernan, N., Frydenberg, E., Deans, J., & Liang, R. (2017). The relationship between parent-reported coping, stress, and mental health in a preschool population. *The Educational and Developmental Psychologist*, 34(2), 124-141. <https://doi.org/10.1017/edp.2017.13>
- Kopp, C. B. (2009). Self Regulatory Processes. In B. Benson & H. Marshall (Eds.), *Academic Social and Emotional*

- Development in infancy and early childhood* (pp.364-379). San Diego, EUA: Academic Press.
- Lee, S.H., & Moon, S.B. (2017). A structural analysis on school-aged children's resilience, emotion regulation, basic psychological needs, and parental resilience. *Korean J. Hum. Ecol*, 26, 199-212. <https://doi.org/10.5934/kjhe.2017.26.3.199>
- Lucio, G. M. E., Durán, P. C., & Hernández, C. Q. (2015). Coping Strategies in a group of children from 7 to 11 years old. En: Buchwald, P; Moore, K. A. & Howard, S. *Stress and anxiety: Application to schools, well-being, coping and internet use* (pp.57-65). Berlín: Logos Verlag Berlin GmbH. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3524.7123>
- Lucio, G.M.E. & Monjarás, R. M. T. (2020). Relación entre los tipos de afrontamiento y estrés cotidiano en preescolares. *Revista Ansiedad y Estrés*, 26(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.004>
- Lokhandwala, S., Holmes, J. F., Mason, G. M., Laurent, C. W. S., Delves, C., Hanron, O., Andre, C., Rodheim, K., Kaur, S. & Spencer, R. M. (2021). Sleep and coping in early childhood during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 716608. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.716608>
- Monjarás, R. M. T & Lucio, G.M. E. (2018). Desarrollo y validación de una escala de estrés cotidiano para preescolares. *Revista Interamericana de Medicina Conductual*, 8(2), 59-68.
- Morales, R, M.F., Trianes, T, M.V., Blanca, J.M., Miranda, J., Escobar, M. & Fernández-Baena, J. F. (2012). Escala de afrontamiento para niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de psicología*, 28(2), 475-483. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.2.136221>
- Morales, R, M.F., Trianes, T, M.V., & Páez, J. M. (2017). Diferencias por sexo y edad en afrontamiento infantil del estrés cotidiano. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 10(26), 95-110.
- Pollak, S. D. (2015). Developmental psychopathology: recent advances and future challenges. *World psychiatry*, 14(3), 262-269. <https://doi.org/10.1002/wps.20237>
- Romero, G. E., Lucio y G-M. E., Durán, P.C., & Ruiz, B. A. (2017). Afrontamiento y algunos problemas internalizados y externalizados en niños. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2757-2765. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2017.11.005>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2020). The Development of Coping During Infancy and Early Childhood. Developmental. In Benson, J. B. (Ed.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development* (2da ed.). (pp. 417-429). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.23778-4>
- Skinner, E. A., & Saxton, E. A. (2019). The development of academic coping in children and youth: A comprehensive review and critique. *Developmental Review*. Mosby Inc. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2019.100870>
- VanMeter, F., Handley, E. D., & Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104323>
- Vega-Arce, M., & Núñez-Ulloa, G. (2017). Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: revisión sistemática. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.07.003>
- Vega, V. C. Z., Villagrán, V. M. G., Quiroz, N. C., & Soria, T. R. (2013). Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños. *Alternativas en Psicología*, 28, 92-105.
- Zimmer-Gembeck, J. M. & Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for Psychopathology and Resilience. *Development Psychopathology*, 4(10), 1-61. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy41>



ORIGINAL

Apoyo Socio-familiar y Afrontamiento al Estrés asociado al Bienestar Psicológico en Personas con Obesidad¹

Socio-family Support and Coping Mechanisms with Stress associated with Psychological Well-Being in People with Obesity

Roxana González Sotomayor², ^a, Ana Olivia Ruiz Martínez^b,
Norma Ivonne González Arratia López Fuentes^a,
Hans Oudhof van Barneveld^a, y Rosalía Vázquez Arévalo^c

^a Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México, México

^b Centro Universitario Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, México

^c Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido 26 de mayo de 2021; aceptado 15 de octubre de 2021

Resumen

La obesidad es un problema a nivel mundial que ha ido en aumento, existen evidencias que muestran que el bienestar psicológico es un factor asociado a la efectividad de la prevención y el tratamiento de la obesidad, por lo que resulta importante evaluar otros factores psicológicos como el afrontamiento al estrés y el apoyo social que podrían predecir el bienestar de esta población. El objetivo fue analizar el impacto de las estrategias de afrontamiento al estrés y el apoyo socio-familiar sobre el bienestar psicológico en personas con obesidad. Se aplicaron los instrumentos: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos y Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, a 286 personas con obesidad. Los resultados indican que las estrategias de afrontamiento de focalización en la solución del problema y autofocalización negativa, así como, el apoyo familiar, impactan en el Bienestar Psicológico de las personas con obesidad. Estos resultados señalan el efecto predictivo de variables individuales y familiares sobre el bienestar de las personas con obesidad, que podrían complementar los programas de intervención.

Palabras Clave: Obesidad; Bienestar Psicológico, Afrontamiento al estrés, Apoyo socio-familiar

¹ Financiamiento: El presente estudio fue posible gracias al apoyo CONACYT, Beca para estudios de doctorado de la primera autora

² Contacto: Roxana González Sotomayor. Cel. 5531232554. roxgs_15@yahoo.com.mx, rgonzalezs011@alumno.uaemex.mx. Domicilio: Filiberto Gómez s/n, Barrio de Tlacopa, 50010 Toluca de Lerdo, Méx.

Abstract

Obesity is a worldwide problem that has been increasing, exist evidence that shows that psychological well-being is a factor associated with the effectiveness of the prevention and treatment of obesity, therefore it is important to evaluate other psychological factors such as coping mechanism with stress and social support that could predict the well-being of this population. The objective was to analyze the impact of stress coping strategies and socio-family support on psychological well-being in people with obesity. The instruments applied were: Coping with Stress Questionnaire, Family and Friends Social Support Scale and Ryff Psychological Well-being Scale, these ones were applied to 286 people with obesity. The results indicate that coping strategies focused on solving the problem and negative self-target, as well as, family support, impact directly on the Psychological Well-being of people with obesity. These results point the predictive effect on the individual and family variable on the well- being of people with obesity, that could complement the intervention programs.

Keywords: Obesity; Psychological well-being; Coping with stress; Socio-family support

La obesidad es una enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal, que conlleva un mayor riesgo de morbimortalidad (Pasca & Montero, 2015). Existe un rápido aumento de la obesidad en el mundo, ya desde 1975 se ha triplicado el porcentaje de obesidad, en el 2016 el 13% de las personas mayores de 18 años presentaban obesidad, incrementando sustancialmente el riesgo de padecer diversas enfermedades y amenazando la salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021). En México en 2018 el 40% de mujeres y el 31% de hombres mayores de 20 años presentan obesidad (Shamah-Levy et al., 2020).

Las investigaciones de factores asociados a la obesidad recaen comúnmente sobre la explicación patológica o consecuencias negativas, siendo pocas las investigaciones que analizan factores que ayuden a superar los problemas relacionados a la obesidad (Rendo-Urteaga, 2017). En ese sentido, la psicología positiva ha dado una visión complementaria a diversos problemas de salud, detectando menores síntomas depresivos, (Jackson, Beeken, & Wardel, 2015) mejor salud percibida, manejo del estrés y menor angustia (Romain, Marleu, & Baillot, 2018), aludiendo a conceptos como resiliencia, bienestar subjetivo y psicológico. En el caso del Bienestar Psicológico, los estudios muestran que se asocia con la prevención o la intervención efectiva, apego a las rutinas de ejer-

cicio, optimismo, disminución de síntomas físicos y psicológicos de la obesidad (Pietrabissa et al., 2020).

El Bienestar psicológico se define como el desarrollo del potencial individual, mediante el cual se evalúan los resultados alcanzados en relación con una forma o estilo de vida adquirido (Ryff, 2013). El modelo multidimensional propuesto por Ryff, señala la importancia de la autoaceptación, relación positiva, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida como elementos que forman parte del Bienestar Psicológico; asimismo se reconoce que el bienestar puede ser influenciado por diversos factores individuales, familiares o sociales.

Entre los factores que suelen afectar al bienestar psicológico de las personas con obesidad se encuentra el estrés (López & Garces, 2016), por ello, la importancia de retomar las habilidades de afrontamiento que pueden ser factores que marquen una diferencia en la prevención y tratamiento de la obesidad, dado la relevancia del estrés en la etiología de dicha enfermedad (Bennett, Greene, & Schwartz-Barcott, 2013). Es importante señalar, que el estrés agudo inhibe el apetito, sin embargo, si éste se mantiene hasta convertirse en crónico, las glándulas adrenales liberan la hormona cortisol, que incrementa el apetito en particular hacia alimentos altos en grasa o en azúcar, lo que inhibe la acción del sistema límbico, contribuyendo al fenotipo de la obesidad (Geronikolou et al., 2017).

Por ello, las estrategias de afrontamiento son de suma importancia para determinar las habilidades

que pueden ayudar en el tratamiento de las personas con obesidad. Entendiendo como afrontamiento al estrés a los esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín & Chorot, 2003).

Referente a las estrategias de afrontamiento, Espada y Grau (2012) señalan que las estrategias activas son adaptativas, favoreciendo la regulación emocional, resolución de problemas, autoestima, integración social, construcción de sentido y desarrollo personal; además el uso efectivo de estrategias de afrontamiento del estrés agudo puede proporcionar un efecto amortiguador sobre la actividad simpática en jóvenes con sobrepeso/obesidad (Ajibewa et al., 2020). En relación a las estrategias de afrontamiento y la obesidad, se ha identificado que algunos pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, no presentaban habilidades de afrontamiento eficaces ante las situaciones estresantes, la cual afectó su autoestima y autoconcepto (Fettich & Chen, 2012).

Algunos estudios han asociado el riesgo metabólico con el afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en personas obesas, detectando que los sujetos que presentaron problemas metabólicos menos graves afrontan los problemas emocionales significativamente mejor y tienen un nivel más bajo de disfunción social y por lo tanto un mayor bienestar psicológico (Cavar et al., 2014). De igual manera, se han estudiado algunos factores que predicen cómo se afrontará el estigma de peso y cómo las diferentes respuestas de afrontamiento predicen el bienestar psicológico, encontrando que el afrontamiento mal adaptativo está fuertemente asociado con un menor bienestar psicológico (Hayward, Vartanian & Pinkus, 2018).

Otro factor asociado al bienestar psicológico es el apoyo socio-familiar, el cual se define como el grado en que la persona tienen una red de amigos y familiares que pueden proporcionar una salida a las frustraciones y temores (Scott & Haverkamp, 2014). El apoyo se ha correlacionado con el control de acontecimientos estresantes de la vida (Hendryx, Green, & Perrin, 2009), además existen estudios de los efectos positivos que el apoyo tiene en el bienestar y en la

salud mental de los individuos (Wight, Botticello & Aneshensel, 2006).

En este sentido, la motivación y el apoyo socio-familiar se han señalado como factores importantes para perder peso con éxito, puesto que ayudan a la adherencia a la dieta, cambiar los hábitos alimenticios y preparación de alimentos (Cabello, 2005; Cabello & Ávila, 2009). Asimismo, el apoyo a la autonomía de la pareja se asocia con una mayor motivación hacia una alimentación saludable, aumentando a la vez el bienestar psicológico entre las mujeres con un IMC alto (Gettens, 2018).

Como se pudo observar el afrontamiento al estrés y el apoyo social, se han relacionado con un bienestar psicológico que puede ayudar a las personas con obesidad ya sea a afrontar las consecuencias psicológicas y sociales de la obesidad o a seguir un tratamiento, pero no está claro cómo es la interacción entre el afrontamiento al estrés y el apoyo social con el bienestar psicológico en personas con obesidad, surgiendo la pregunta de ¿Qué efecto tiene el afrontamiento al estrés y el apoyo socio-familiar sobre el bienestar psicológico de las personas con obesidad?

Debido a lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo analizar el efecto de las estrategias de afrontamiento al estrés y el apoyo socio-familiar sobre el bienestar psicológico en personas con obesidad. Por lo tanto, la hipótesis del estudio espera que un aumento en el afrontamiento adaptativo al estrés y el apoyo socio-familiar predigan mayores puntuaciones en el Bienestar Psicológico de las personas con obesidad.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 286 participantes adultos de 20 a 40 años, ($X = 30.34$, $DE = 7.29$), con un IMC (kg/m^2) igual o mayor a 30 para talla alta e igual o menor a 25 para talla baja (se entiende como talla baja aquella que es menor a 1.60 metros en el varón adulto y menor a 1.50

metros en la mujer adulta, retomado de la NOM-008-SSA3-2017). La muestra fue extraída tanto de instituciones sanitarias y sociales, así como de población abierta del Estado de México. Las características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Categoría	f	%
<i>Sexo</i>	Hombre	115	40.2
	Mujer	171	59.8
<i>Estado Civil</i>	Casado	70	24.5
	Soltero	108	37.9
	Unión Libre	83	29.0
	Separado	11	3.8
	Divorciado	11	3.8
	Viudo	3	1.0
<i>Lugar de residencia</i>	Urbana	133	46.5
	Rural	45	15.7
	Semi-Urbana	108	37.8
<i>Escolaridad</i>	Primaria	8	2.8
	Secundaria	72	25.2
	Preparatoria	70	24.5
	Licenciatura	119	41.6
	Posgrado	17	5.9
<i>Ocupación</i>	Empleo de medio tiempo	38	13.3
	Empleo de tiempo completo	85	29.8
	Desempleo	20	6.9
	Trabajo por cuenta propia	50	17.5
	Estudiante	44	15.4
	Ama de casa	49	17.1
<i>Personas que viven en el hogar</i>	1	12	4.2
	2	33	11.5
	3	65	22.7
	4	74	25.9
	5	50	17.5
	6	22	7.7
	7	14	4.9
	8	6	2.1
	9	1	.3
	10 o más	9	3.2
<i>Ingreso del hogar</i>	Menos de 20 000	197	68.9
	21 000-30 000	44	15.4
	31 000-40.00	22	7.7

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (Continuación)

Variable	Categoría	f	%
<i>Creencias Religiosas</i>	41 000-50 000	10	3.5
	51 000-60 000	6	2.1
	Más de 61 000	7	2.4
	Católica	213	74.5
	Creyente	10	3.5
	Cristina	19	6.6
	Budista	5	1.7
	Mormón	2	.7
	Ateo	26	9.1
<i>Otras Enfermedades</i>	Musulmana	4	1.5
	Agnóstico	7	2.4
	Sin enfermedad	200	69.9
	Diabetes	35	12.2
	Hipertensión Arterial	19	6.6
	Sinusitis	2	.7
	Hipotiroidismo	2	.7
	Nervio ciático	5	1.7
	Problemas emocionales	2	7
	Otras	21	7.5

Nota. N= 286, f = frecuencia

Instrumentos

Para la obtención de las medidas antropométricas se utilizó un estadímetro y báscula marca SECA.

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff & Keyes, 1995; versión de Díaz et al., 2006), evalúa el bienestar psicológico a través de seis factores, cuenta con 29 reactivos con un formato de respuestas de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (Totalmente de acuerdo), cuenta con adecuada confiabilidad (alfas de 0.71 a 0.91) y validez para población mexicana (varianza explicada de 41.79%; Medina-Calvillo et al., 2013). En la presente investigación se confirmó la fiabilidad aceptable de los 6 factores y la puntuación total: Factor de autoaceptación ($\alpha=0.82$), Factor de relaciones positivas con los otros ($\alpha=0.71$), Factor de autonomía ($\alpha=0.70$), Factor de dominio del entorno ($\alpha=0.68$), Factor de propósito en la vida ($\alpha=0.83$), Factor de crecimiento personal ($\alpha=0.67$), Total Bienestar Psicológico ($\alpha=0.92$).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE; Sandín & Chorot, 2003; versión de González & Landeros, 2007): Evalúa dos estilos de afrontamiento adaptativo (racional) y desadaptativo (emocional); conformado por 42 ítems tipo Likert con puntuaciones de 0 (nunca) a 5 (casi siempre), cuenta con confiabilidad (alfas de 0.64 a 0.92) y valideces aceptables (60,89% de varianza explicada) para población mexicana. En la presente investigación se confirmó la confiabilidad de cada uno de los factores comprendidos: a) adaptativo (racional): búsqueda de apoyo social ($\alpha = 0.88$), focalizado en solución de problemas ($\alpha = 0.87$), reevaluación positiva ($\alpha = 0.72$), religión ($\alpha = 0.82$); b) desadaptativo (emocional): expresión emocional abierta ($\alpha = 0.78$), evitación ($\alpha = 0.69$) y autofocalización negativa ($\alpha = 0.73$).

Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R, González & Landeros, 2014): Mide el apoyo socio-familiar, considerando el apoyo de la familia y de los amigos. Consta de 15 ítems, con escala tipo Likert (1 nunca a 5 siempre), cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para población mexicana en las dimensiones apoyo familia ($\alpha = 0.923$), apoyo amigos ($\alpha = 0.895$) y total Apoyo socio-familiar ($\alpha = 0.918$) y validez (varianza explicada de 71%). En el presente estudio obtuvieron fiabilidades altas: apoyo familiar ($\alpha = 0.94$), apoyo de amigos ($\alpha = 0.93$) y total ($\alpha = 0.96$).

Procedimiento

El estudio se aplicó entre febrero y octubre del 2020, durante la pandemia de COVID-19, por lo que se siguieron de manera estricta las medidas sanitarias en la recolección de datos, tanto para los aplicadores como los participantes.

El muestreo inicio por medio de contactos (bola de nieve), posteriormente se aplicó el muestreo dirigido por encuestados (*Respondent Driven Sampling*, RDS, por sus siglas en inglés, Johnston & Sabin 2010), en el cual a un grupo inicial de participantes se les selecciona como aplicadores quienes a su vez reclutan a sus pares y así sucesivamente, hasta llegar a la cuota objetivo.

Durante la realización del estudio, se siguió todo aspecto ético de investigación humana, bajo los principios Éticos de la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) y cuidado de sana distancia y sanitización. Al inicio de los cuestionarios se encontraba el consentimiento informado y posteriormente los instrumentos de medición. Las personas que solicitaron mayor orientación sobre su estado de salud fueron canalizadas con los profesionistas correspondientes: médicos, nutriólogos o psicólogos.

Análisis de datos

Se realizaron los análisis descriptivos (media, DE) y análisis de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Pedrosa et al., 2015), al encontrarse que solo dos de las variables analizadas (afrontamiento al estrés mediante apoyo social y afrontamiento al estrés mediante focalizado en la solución del problema) presentaron normalidad ($p = > 0.05$), se siguieron los pasos sugeridos por Tabachnick y Fidell (2013) para el ajuste de datos, basándose en la asimetría y la curtosis de cada variable, para llegar a los datos que pueden analizarse dentro de la normalidad. Se utilizó el programa SPSS versión 26.

Resultados

Se realizaron los análisis descriptivos de toda la muestra encontrando que existe una tendencia a los puntajes altos en Bienestar psicológico, así como en los dos factores de Apoyo Social Familiar y de Amigos. En el caso de Afrontamiento al estrés, los puntajes tienden a los puntajes medios, a excepción de AE religión que presenta puntajes bajos (ver Tabla 2).

Se realizó una correlación con la r de Pearson, (ver Tabla 3), entre el IMC, los factores del Afrontamiento al estrés (AE) y el Apoyo socio-familiar con los factores del Bienestar Psicológico (BP). Los resultados indican que no existe relación entre el IMC y el Bienestar Psicológico. En tanto que, todos los factores del Afrontamiento al estrés (excepto religión), se correlacionaron significativamente con el total y los factores del Bienestar Psicológico, siendo AE autofocalización

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de los factores de Afrontamiento al Estrés y Apoyo social familiar y Bienestar Psicológico

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
IMC	29.59	50.93	33.3	3.17
Bienestar Psicológico				
Autoaceptación	4	20	15.21	4.02
Relación Positiva	5	25	17.40	4.19
Autonomía	7	30	21.13	4.97
Dominio del Entorno	9	25	19.17	4.01
Crecimiento Personal	6	20	15.76	3.30
Propósito de Vida	5	25	19.88	4.69
TOTAL Bienestar Psicológico	50	143	108.53	19.96
Afrontamiento al Estrés				
Apoyo Social	0	27	10.56	5.72
Expresión Emocional Abierta	0	24	9.29	4.78
Religión	0	24	7.16	5.33
Focalizado en la Solución del Problema	0	28	13.49	5.56
Evitación	0	24	9.71	4.39
Autofocalización negativa	0	24	9.29	4.66
Reevaluación positiva	0	24	13.80	4.33
Apoyo social familiar y de amigos				
Apoyo Familiar	9	45	32.18	9.56
Apoyo Amistad	8	40	27.26	8.54
Total Apoyo	17	85	59.43	16.68

Nota. N=286

negativa ($r = -0.356$; $p = .01$), y la AE focalización en la solución del problema ($r = 0.410$; $p = .01$), las que alcanzaron mayor magnitud.

En cuanto al Apoyo socio familiar, se encontraron relaciones positivas tanto del apoyo familiar como del apoyo de los amigos con el total del Bienestar y sus factores, destacando que el Apoyo familiar presenta mayor relación con el Bienestar Psicológico total.

Por último, se elaboró el modelo predictivo a través de un análisis de regresión lineal múltiple (ver Tabla 4), tomando como variables independientes los factores del afrontamiento al estrés y los de apoyo socio-familiar y como variable dependiente el Total del Bienestar Psicológico, se una $R^2 = .588$ ($p < 0.001$), es decir el 59% de la varianza es explicada por las variables, siendo importante señalar que en el modelo el IMC no presento significancia y eliminó el total del

apoyo socio-familiar. Donde los factores AE autofocalización negativa y AE focalizado en la solución del problema son los factores con mayor peso.

Discusión

El Bienestar Psicológico está íntimamente relacionado con el potencial humano (Seligman, 2005), ya que va más allá de una sensación placentera (Ryff & Singer, 2002), sino que aporta acciones dirigidas al bienestar. Se considera que el Bienestar Psicológico puede ser un factor protector contra las enfermedades mentales, relacionado además con salud física y reducción del riesgo de diversas enfermedades (Ryff, 2013), como el que se retoma en este estudio de obesidad.

Los resultados de este estudio detectaron, que en la muestra estudiada todos los factores del Bienestar

Tabla 3

Correlación del IMC, Afrontamiento al estrés y Apoyo social-familiar con el Bienestar psicológico en personas con obesidad

	Autoaceptación	Relación Positiva	Autonomía	Dominio del Entorno	Crecimiento Personal	Propósito de Vida	TOTAL Bienestar Psicológico
IMC	.057	.061	.059	.012	.077	.083	.059
AE. Apoyo Social	.249**	.268**	.125*	.213**	.145*	.250**	.124*
AE. Focalizado en la Solución del Problema	.501**	.328**	.411**	.470**	.392**	.500**	.410**
AE. Reevaluación positiva	.370**	.233**	.189**	.357**	.289**	.410**	-.188**
AE. Religión	.139*	.079	.039	.005	.052	.047	.041
AE. Expresión Emocional Abierta	-.159**	-.219**	-.312**	-.292**	-.174**	-.111	-.311**
AE. Evitación	-.136*	-.108	-.355**	-.329**	-.168**	-.083	-.315**
AE. Autofocalización Negativa	-.294**	-.284**	-.315**	-.366**	-.254**	-.291**	-.356**
Apoyo Familiar	.493**	.515**	.342**	.442**	.358**	.462**	.342**
Apoyo Social	.327**	.619**	.246**	.368**	.335**	.366**	.246**
Total de Apoyo	.450**	.612**	.322**	.442**	.377**	.453**	.322**

Nota. AE = Afrontamiento al Estrés. N=286. r de Pearson. $p = 0.05$ *, $p = 0.01$ **

Psicológico y su total presentan puntuaciones altas, lo que señala que a pesar de los problemas físicos y afectaciones psicológicas las personas con obesidad pueden presentar BP, así como autoaceptación (grado en que las personas se sienten bien consigo mismas), relaciones positivas (grado en que las personas han desarrollado y mantenido relaciones cálidas con

los demás), dominio del entorno (grado en que las personas dan forma a su medio para satisfacer sus necesidades), autonomía (grado en que las personas han desarrollado un marcado sentido de individualidad y de libertad personal) y propósito en la vida (grado en que las personas han encontrado un significado que unifica sus esfuerzos y retos). Por lo que los factores

Tabla 4

Modelo de Regresión Lineal con variable dependiente el Total del Bienestar

Modelo B	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	Error estándar	Beta			
1 (Constante)	100.215	9.431		10.626	.000
IMC	-.450	.247	-.071	-1.824	.069
AE. Apoyo Social	-.458	.184	-.131	-2.491	.013
AE Expresión Emocional Abierta	.237	.210	.057	1.129	.260
AE Religión	.224	.164	.060	1.370	.172
AE. Focalizado en la Solución del Problema	1.109	.223	.309	4.969	.000
AE Evitación	-.707	.234	-.156	-3.018	.003
AE Autofocalización Negativa	-1.600	.233	-.374	-6.872	.000
AE. Reevaluación positiva	.932	.257	.202	3.627	.000
Apoyo Familiar	.321	.123	.154	2.604	.010
Apoyo Social	.291	.131	.124	2.219	.027

Nota. AE = Afrontamiento al Estrés. Variable dependiente: TOTALBIENESTAR

del modelo multidimensional de Ryff podrían ayudar a obtener o mantener un buen estado de salud psicológica y social en esta población en particular (Giuli et al., 2016).

Por otro lado, en esta investigación el IMC no significó un factor que modifique el BP, concordando con otras investigaciones en población mexicana, las cuales señalan que podría ser más relevante la aceptación social para las personas con obesidad que el malestar físico que pudieran presentar (Avitia et al., 2018; Vázquez et al., 2019) o el que las personas no vean a la obesidad como enfermedad.

En lo que respecta a los factores encontrados que pueden potencializar el Bienestar Psicológico en personas con obesidad, sobresalen dos factores del Afrontamiento al estrés, focalización en la solución al problema y autofocalización negativa. En lo que respecta al primer factor, se refiere a acciones adaptativas directas y racionales para solucionar las situaciones problemáticas. Si retomamos que el estrés agudo y crónico contribuye a la presentación de la ansiedad, esta estrategia de afrontamiento que aumenta el bienestar psicológico puede tener una función de prevención. Esta puede ser una propuesta como parte de los protocolos de intervención desarrollados para la obesidad (Baile et al., 2020), donde se le puede brindar a los pacientes un entrenamiento en solución de problemas.

El factor de autofocalización negativa se refiere a enfocarse como responsable del problema en lo negativo de sí mismo, siendo un estilo de afrontamiento desadaptativo (emocional), detectándose en los resultados una relación negativa con el bienestar psicológico, es decir, disminuye el Bienestar Psicológico cuando las personas con obesidad se concentran en lo negativo de sí mismo sintiéndose responsables del problema. Esta postura puede relacionarse en otras investigaciones que desde una perspectiva patológica detectan una baja autoestima y baja autoaceptación relacionándose con un menor bienestar psicológico (Tamayo & Restrepo, 2014).

En lo que respecta a la variable de Apoyo socio familiar, si bien ambos factores (familia y amigos) se relacionan con el BP, la relación es mayor entre el Apoyo familiar y el BP, lo que puede relacionarse con

la importancia que tiene la familia en la cultura del país sobre la familia, en el caso de la obesidad, como en otras investigaciones, (Karagülle et al., 2019) el apoyo de la familia se relaciona con una adherencia al tratamiento y en esta investigación con un mayor bienestar psicológico (Candelaria et al., 2016).

En este sentido, la principal aportación de este trabajo es identificar los factores del afrontamiento al estrés y el apoyo que impulsan al bienestar psicológico en personas con obesidad, el cual ayuda afrontar diversas problemáticas relacionadas con esta enfermedad. Las limitaciones de este trabajo, sería importante tener una muestra con un mayor número de participantes para obtener mayor generalización de los resultados. Para futuras investigaciones, a partir de este trabajo se pueden desarrollar estudios que profundicen más la relación entre Bienestar Psicológico y otros factores que la potencialicen, también se pudieran desarrollar investigaciones con diversos grupos comparativos, como bajo peso, normopeso y los diferentes niveles de obesidad, analizando afectaciones físicas relacionada con esta enfermedad. Además, que los resultados puedan utilizarse para el desarrollo de intervenciones evaluando la efectividad de las mismas con estas nuevas aportaciones desde una perspectiva diferente.

Referencias

- Ajibewa, T., Adams, T., Gill, A., Mazin, L., Gerras, J., & Hasson, R. (2020). Stress coping strategies and stress reactivity in adolescents with overweight/obesity. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 37(2), 243-254. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2987>
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Avitia, G., Portillo, R., Reyes, L. & Loya, M. (2018). Relación del índice de masa corporal con felicidad, autoestima y depresión en adultos jóvenes. *Nóesis. Revista de ciencias sociales y humanidades*, 27(53-1), 51-63. <https://doi.org/10.20983/noesis.2018.3.4>

- Baile, J., González-Calderón, M., Palomo, R. & Rabito-Alcón, R. (2020). La intervención psicológica en la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Clínica Contemporánea*, 1(11). <https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior: A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023>
- Cabello, G. & Zuñiga, Z. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, X(2), 183-188 <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>
- Cabello G. & Ávila O. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos actores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IV(8), 82-104. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014822003>
- Candelaria, M., García, C. & Estrada, A. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Cavar, I., Lovrić, S., Vukojević, M., Sesar, I., Petric-Viković, I. & Sesar, A. (2014). Metabolic risk factors, coping with stress, and psychological well-being in patients with age-related macular degeneration. *Acta Clínica Croatica*, 53(1), 79–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24974669/>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J., A. & Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Espada B., & Grau R. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39136
- Fettich, K. & Chen, E. (2012). Coping with obesity stigma affects depressed mood in African-American and white candidates for bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 20(5), 1118–1121. <https://doi.org/10.1038/oby.2012.12>
- Geronikolou, S. A., Pavlopoulou, A., Cokkinos, D. & Chrousos, G. (2017). Interactome of obesity: Obesity: Genetic obesity, stress induced obesity, pathogenic obesity interaction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 987, 233-241. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-57379-3_21
- Gettens, K. M., Carbonneau, N., Koestner, R., Powers, T. A. & Gorin, A. A. (2018). The role of partner autonomy support in motivation, well-being, and weight loss among women with higher baseline BMI. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 36(3), 347–356. <https://doi.org/10.1037/fsh0000362>
- Giuli, C., Papa, R., Marcellini, F., Boscaro, M., Faioia, E., Lattanzio, F., Tirabassi, G. & Bevilacqua, R. (2016). The role of psychological well-being in obese and overweight older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(1), 171-172. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001313>
- González, R. M. & Landero H., R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 189-198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- González Ramírez, M., & Landero Hernández, R. (2018). Propiedades Psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una Muestra de Estudiantes. *Acta De Investigación Psicológica*, 4(2), 1469-1480. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70387-4](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70387-4)
- Hayward, L., Vartanian, L. & Pinkus, R. (2018). Weight stigma predicts poorer psychological well-being through internalized weight bias and maladaptive coping responses. *Obesity*, 26(4), 755-761. <https://doi.org/10.1002/oby.22126>
- Hendryx, M., Green, C. & Perrin, N. (2009). Social support, activities, and recovery from severe mental illness: STARS study findings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 36(3), 320-239. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Jackson, S., Beeken, R. & Wardle, J. (2015). Obesity, Perceived Weight Discrimination, and Psychological Well-Being in Older Adults in England. *Obesity*, 23(5), 1105-1111. <https://doi.org/10.1002/oby.21052>
- Johnston, L. G., & Sabin, K. (2010). Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. *Methodological Innovations Online*, 5(2), 38–48. <https://doi.org/10.4256/mio.2010.0017>
- Karagülle, O. O., Yavuz, E., Gülçiçek, O. B., Solmaz, A., Şentürk, S., Erdoğan, A., Çelik, A. & Çelebi, F. (2019). Psychological well-being and marital satisfaction in response to weight loss after bariatric surgery. *Surgery*

- today, 49(5), 435–442. <https://doi.org/10.1007/s00595-018-1750-8>
- López, M. & Garcés de los Fayos, E. (2016), Actualización del modelo explicativo de la obesidad y sus conductas de riesgo: estudio preliminar. *Nutr. clín. diet. Hosp.*, 36(4), 48-53. <https://doi.org/10.12873/364lopez>
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C. & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Rev Educ Desa.*, 10(27), 25-30. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=96916>
- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C. & Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 11-29. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80242935002>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2021). Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Pasca, A. J. & Montero, J. C. (2015). *El Corazón del Obeso*. Intermédica. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1417>
- Pedrosa, C., I., Juarros-Basterretxea C., Robles-Fernández C., Basteiro C. J. & García-Cueto C. E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿Qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad>
- Pietrabissa, G., Castelnovo, G., Manzoni, G.M., Cattiveili, R., Molinari, E. & Gondoni L. (2020). Psychological Well-Being as an Independent Predictor of Exercise Capacity in Cardiac Rehabilitation Patients with Obesity. *Front Psychol.*, 28(10), 2973. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02973>
- Rendo-Urteaga, T. (2017). Efectividad de las intervenciones de estilos de vida en la obesidad infantil; revisión sistemática con metaanálisis: Lectura Crítica DARE. *Rev Esp Nutr Hum Diet*, 21(4), 403-406. <http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.4.304>
- Romain, A. J., Marleau, J., & Baillot, A. (2018). Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being, health behaviors and use of health services. *Journal of affective disorders*, 225, 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.065>
- Ryff, C. & Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder & A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (63-73). Oxford University Press.
- Ryff, C. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28 <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Imprelibros, S.A.
- Scott, H. & Haverkamp, S. (2014). Mental health for people with intellectual disability: The impact of stress and social support. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(6), 552-564. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-119.6.552>
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2013). *Using Multivariate Statistical*. Pearson.
- Tamayo, L., D., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922014000100007&lng=pt&tlng=es
- Vazquez, V., Uscanga, Y., Ramírez-Colina, S. & Argüelles, N. (2019). Composición corporal y bienestar psicológico en los trabajadores de la Universidad Veracruzana usuarios del programa institucional de actividades físico-deportivas. *UVserva*. 109-120. <https://doi.org/10.25009/uvserva.v0i0.2664>
- Wight, R., Botticello, A. & Aneshensel, C. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 115- 126. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9009-2>



ORIGINAL

Propiedades Psicométricas de una Escala de Personalidad Moral en Estudiantes Universitarios Mexicanos¹

Psychometric Properties of a Moral Personality Scale in Mexican University Students

Rubén Andrés Miranda-Rodríguez ^{2,a}, María Rosa Buxarrais Estrada ^b,
y Alan Alexis Mercado-Ruiz ^a

^a Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

^b Facultad de Educación, Universidad de Barcelona, España

Recibido 5 de junio de 2021; aceptado 21 de octubre de 2021

Resumen

El estudio y medición de la personalidad moral en estudiantes universitarios se considera importante para comprender elementos esenciales de los aspectos éticos que definen la formación de los futuros profesionales. Sin embargo, en México y América Latina se han hecho sugerencias al respecto, pero no se ha profundizado en el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar este tipo de formación con criterios cuantitativos. En esta investigación, se plantearon los objetivos de identificar las propiedades psicométricas de una escala de personalidad moral en estudiantes universitarios mexicanos, además de reconocer las relaciones entre personalidad moral y los cinco grandes factores de la personalidad. Se tradujeron al español los reactivos de la escala original redactada en catalán y se aplicaron a diferentes muestras de la cultura mexicana. Los resultados mostraron una escala válida y confiable con los tres factores planteados en el modelo original y correlaciones estadísticamente significativas con los cinco grandes factores. Se discute la importancia de la personalidad y los aspectos morales en la formación universitaria desde un punto de vista integral, en el que no sólo se consideren los aspectos académicos, sino también aspectos la vida cotidiana en general.

Palabras Clave: Personalidad moral; Estudiantes universitarios; Validación; Formación profesional; Rasgos de personalidad

1 Se agradece al Programa de Apoyo a los Estudios de Posgrado (PAEP) de la UNAM por el financiamiento de la Estancia Académica en la Universidad de Barcelona, realizada por el primer autor y de la cual se desprende el presente artículo.

2 Contacto: Dr. Rubén Andrés Miranda Rodríguez. Profesor de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Av. Guelatao No. 66 (Eje 7 Oriente). Colonia Ejército de Oriente. Ciudad de México. C.P.09230. Tel.: 5518190776. Correo: r.andresmiranda.r@gmail.com

Abstract

The study and measurement of moral personality in university students is considered important to understand essential elements of the ethical aspects that define the training of future professionals. However, in Mexico and Latin America, suggestions have been made in this regard, but the development of instruments that allow evaluating this type of training with quantitative criteria has not been deepened. In this research, we aimed to validate a scale of moral personality in Mexican university students and identify the relationships between moral personality and the big five personality traits. It began with a scale of 36 items originally written in Catalan and addressed to Catalan university students. The items were translated into Spanish and applied to a sample of Mexican university students. The psychometric properties were evaluated to select the items with the best results, followed by an exploratory factor analysis, a confirmatory factor analysis and a Pearson correlation analysis with the big five personality traits as a convergent validity process. The results showed that, although there were marginally acceptable results, various criteria are presented to consider the moral personality scale for Mexican university students as a valid and reliable scale with the three factors raised in the original model and statistically significant correlations with the five big factors. The importance of personality and moral aspects in university education is discussed from an integral point of view in which not only academic aspects are considered, but also aspects of everyday life in general. Suggestions are also made to continue developing evaluation instruments that measure moral aspects of psychology, in such a way that its impact on the behavior of Mexicans can be corroborated with precise evidence, not only at their university level, but also in different areas in those that develop interpersonal relationships where norms, beliefs or values are expressed with codes of behavior based on the distinction between good and evil.

Keywords: Moral personality; University students; Validation; Vocational training; Personality traits

La educación superior en México y América Latina se enfrenta al reto de generar estrategias educativas que permitan una formación profesional integral en términos intelectuales y socioculturales. Actualmente se reconoce que la cultura se refleja en los diferentes escenarios donde cada individuo (cada estudiante en este caso) se desarrolla, por lo que la universidad no debe ser ajena a estos contextos (Contreras, 2019). En ese sentido, es fundamental entender la construcción del individuo como estudiante en todos sus aspectos de comportamientos cognitivos, afectivos y sociales (Carretero, 1993; González-Patiño & Esteban-Guitart, 2021).

Las experiencias significativas para la formación del estudiante pueden ir desde la comprensión de contenidos curriculares diversos hasta el aprendizaje colaborativo y situado en contextos escolares y extraescolares (Díaz-Barriga et al., 2013), por lo que se deben desarrollar estrategias que promuevan a la universidad como un medio de aprendizaje de habi-

lidades intelectuales, pero también de participación ciudadana y sensibilidad moral para la solución de problemáticas actuales (Guardia, 2020).

Una de las formas que contribuyen a que los estudiantes universitarios se desarrollen con preocupación por el bienestar social es mediante el aprendizaje de habilidades basadas en principios y valores, de tal manera que puedan responder a las problemáticas de su entorno sociocultural con un criterio moral (Wong, 2020). Este aprendizaje comprometido con las demandas del entorno social promueve un equilibrio entre necesidades individuales y colectivas, que permiten desarrollar un estilo de personalidad moral (Buxarrais et al., 2015; Puig, 1995).

La personalidad moral se define como los estilos que adopta cada persona para responder a las experiencias del medio disponiendo de medios éticos para resolver problemas o llegar a acuerdos (Puig, 1995). Se ha demostrado que se distribuye en tres dimensiones fundamentales: 1. Construcción del

yo. Habilidades personales de autoconocimiento, autocontrol y autoestima. Las personas aprenden a definir quiénes son y quiénes quieren ser, por lo que se plantean objetivos y metas basadas en criterios éticos de identidad y perseverancia para un progreso personal. 2. Convivencialidad. Habilidades sociales que contribuyen a la integración con la comunidad con la que se interactúa. Las personas aprenden a entender las reglas y costumbres del entorno social, de tal modo que adquieren una noción de cómo dirigirse a los demás. Se conforman aprendizajes de trabajo en equipo, empatía y gestión de conflictos interpersonales. 3. Reflexión sociomoral. Habilidades necesarias para desarrollar un criterio propio y un pensamiento crítico basado en criterios morales, procesos de racionalidad y preocupaciones por las necesidades e intereses de otras personas. Estas tres dimensiones definen un estilo de personalidad que se aprende mediante diversas prácticas que conciben un entendimiento ético de la individualidad y las relaciones interpersonales (Buxarrais et al., 2015; Puig, 1995).

La construcción de la personalidad moral como fundamento teórico ha contribuido a entender diferentes facetas de la educación moral en términos de la promoción de habilidades y competencias éticas que permitan a cada universitario priorizar tanto sus intereses individuales como a sus preocupaciones sociales para resolver problemas y fomentar el diálogo ante situaciones controvertidas (Buxarrais & Martínez, 2009). Así mismo, ha fungido como base teórica de propuestas educativas que incluyen valores de desarrollo sociocultural, identidad moral y responsabilidad social en la formación académica de las universidades y en la formación ciudadana las organizaciones (Díaz-Barriga et al., 2016; Martínez et al., 2002; Navarro Saldaña et al., 2017).

Entre las principales aportaciones del estudio de la construcción de la personalidad moral se encuentra el desarrollo de una escala que evalúa las tres dimensiones antes mencionadas (Buxarrais et al., 2003). En principio, esta escala fue desarrollada para evaluar los estilos de comportamiento de estudiantes universitarios catalanes y cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para el contexto sociocultural de origen (Buxarrais et al., 2015; Tey et al., 2014).

Sin embargo, se ha demostrado que la medición de aspectos psicosociales y morales en un contexto sociocultural diferente como el mexicano, cambia de acuerdo con las características de la región (Miranda-Rodríguez & García-Méndez, 2019), por lo que es sugerible evaluar las propiedades psicométricas de una escala de personalidad moral en México, considerando las cualidades lingüísticas de comprensión y usos comunes de palabras (Muñiz et al., 2013; Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Dado que la personalidad moral se define por formas particulares que cada individuo aprende para responder a las condiciones de su entorno (Puig, 1995), se sugiere identificar su relación con dimensiones generales que han sido evaluadas en México, como las que se expresan en los cinco grandes factores de la personalidad (Chavira Trujillo & Celis de la Rosa, 2021). De acuerdo con McCrae y Costa (2004), estos cinco factores de la personalidad se definen como: 1. Neuroticismo. Sus puntajes altos se observan en personas con índices elevados de ansiedad y temperamento, mientras que sus puntajes bajos se observan en personas tranquilas y reguladas. 2. Extroversión. Sus puntajes altos se observan en personas expresivas afectivamente y sociables; mientras que sus puntajes bajos se observan en personas poco expresivas y solitarias. 3. Apertura a la experiencia. Sus puntajes altos se observan en personas imaginativas y liberales, mientras que sus puntajes bajos se observan en personas rutinarias y conservadoras. 4. Amabilidad. Sus puntajes altos se observan en personas sensibles y condescendientes, mientras que sus puntajes bajos se observan en personas de carácter fuerte y mal humor. 5. Responsabilidad. Sus puntajes altos se observan en personas tenaces, puntuales y organizadas, mientras que sus puntajes bajos se observan en personas perezosas, impuntuales y desorganizadas (Benet-Martínez & John, 1998).

Se considera que estudiar la relación entre la personalidad moral y los cinco grandes factores permitiría aportar evidencia sobre las variables que interactúan alrededor de la educación moral a nivel universitario (Buxarrais et al., 2015), entre las que destacan al docente, la motivación, el trabajo con pares, las actitudes y los valores, que constituyen elementos im-

portantes para el proceso de enseñanza-aprendizaje (Morán Astorga & Menezes dos Anjos, 2016), por lo que ciertos rasgos de personalidad parecen tener importancia, como los que se refieren al grado de compromiso y apertura del estudiante para aprender. En este sentido es fundamental analizar las habilidades que los alumnos desarrollan en la interacción con el contexto sociocultural en el que se desenvuelven (Mercado-Ruiz, 2016).

Con base en los argumentos antes mencionados, la presente investigación se plantearon los objetivos de evaluar las propiedades psicométricas de la escala de personalidad moral en estudiantes universitarios mexicanos e identificar la relación entre la personalidad moral con los cinco grandes factores de la personalidad. Para cumplir los objetivos, se desarrollaron tres estudios: 1. Análisis factorial exploratorio de la escala de personalidad moral, 2. Análisis factorial confirmatorio de sus dimensiones y 3. Correlaciones con los cinco grandes factores de la personalidad.

Estudio 1

Método

Participantes

Participaron 400 estudiantes de universidades públicas y privadas (70.2 % mujeres y 29.8 % hombres) con un rango de edad de 17 a 50 años ($M = 21.76$, $D.E. = 5.02$). Como criterios de inclusión, se planteó que cada participante fuera estudiante vigente de alguna universidad de México a nivel pregrado y como criterios de exclusión se planteó que fueran estudiantes de posgrado o no estuvieran inscritos en el ciclo escolar actual.

Instrumento

La escala de personalidad moral original (Buxarraís et al., 2003) está compuesta por 36 reactivos redactados en catalán que se distribuyen en tres factores

correspondientes a las tres dimensiones definidas por Puig y reportan un Alfa de Cronbach global de .82 (Tey et al., 2014). Por este motivo, los 36 reactivos pasaron por un proceso de traducción y adaptación (Muñiz et al., 2013; Van de Vijver & Hambleton, 1996): 1. se obtuvo una primera versión traducida al español por una persona de nacionalidad española que domina los idiomas catalán y español y que además es autora de la escala original (por lo que además se contó con su permiso de modificación de reactivos), 2. se obtuvo una segunda versión en la que los reactivos traducidos se adecuaron a las características del contexto sociocultural mexicano por una persona de esa nacionalidad y 3. se obtuvo una versión final después de una revisión y acuerdo entre la primera y la segunda persona sobre el contenido conceptual de cada reactivo. Los reactivos se presentan a manera de afirmación con una escala con reactivos tipo Likert de 1 a 5 (1 = Nunca, 5 = Siempre).

Procedimiento

Debido a las condiciones sanitarias por la pandemia de COVID-19, la recolección de datos se realizó de manera electrónica mediante un formulario de Google que se distribuyó a los participantes a través de redes sociales. Los aspectos éticos se cuidaron mediante solicitudes de consentimiento informado donde se aclararon las condiciones éticas de anonimato, confidencialidad y participación voluntaria.

Análisis de datos

En principio, se discriminaron los reactivos que cumplieran mejores criterios de validez y confiabilidad (Reyes-Lagunes & García y Barragán, 2008). Los criterios para definirlo fueron: 1. Que la distribución de frecuencias de cada reactivo no contara con un porcentaje mayor a 50% de las respuestas en una sola de las opciones de la escala tipo Likert. 2. Que los valores calculados no fueran superiores a 2 en sesgo y curtosis. 3. Una vez ubicada la distribución de puntajes en cuartiles, que los valores bajos (antes del cuartil 1) y

los valores altos (después del cuartil 3) presentaran resultados estadísticamente significativos ($p < .05$) en un análisis con la prueba *t* de Student para muestras independientes. 4. Que cada reactivo presentara un valor de correlación ítem total superior a .20.

Con base en los criterios antes mencionados, se seleccionaron 33 reactivos que se sometieron al siguiente procedimiento de tres pasos: Primero, 1. se definió una estructura de tres factores de acuerdo con las tres dimensiones planteadas por Puig (1995) con la finalidad de probar la aplicación de la teoría sobre la construcción de la personalidad moral en un contexto mexicano. Después, 2. se empleó un análisis factorial exploratorio con extracción por ejes principales y con rotación oblicua de tipo Promax, los cuales son métodos recomendables, ya que se asumen correlaciones entre los factores (Abad et al., 2011; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura et al., 2014), y las tres dimensiones se relacionan conceptualmente para conformar en conjunto el constructo de personalidad moral (Buxarrais et al., 2015). Finalmente, 3. se eligieron los reactivos con cargas factoriales mayores a .40 en un solo factor, por lo que se obtuvo una versión más corta de 20 reactivos distribuidos en los tres factores ya mencionados (ver Apéndice I). Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 22.

Resultados

En la Tabla 1 se muestra el análisis factorial exploratorio con la siguiente concepción de factores:

- El factor 1 corresponde con la dimensión de Construcción del yo en función de que presenta reactivos sobre habilidades de autocontrol, autonomía y desarrollo tanto personal como profesional.
- El factor 2 corresponde con la dimensión de Reflexión sociomoral en un sentido inverso, ya que presenta reactivos que desfavorecen las capacidades de regulación de emociones y procuración de los intereses de otros al momento de tomar

decisiones o emitir opiniones en un proceso de diálogo (para evaluar este factor, se recomienda invertir las puntuaciones, 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 y 5 = 1).

- El factor 3 corresponde con la dimensión de Convivencialidad en virtud de que cuenta con reactivos que representan la capacidad del estudiante universitario de participar en espacios donde se permitan y promuevan decisiones colectivas.

Los tres factores explican el 31.81 % de la varianza, lo cual se considera un porcentaje bajo. Sin embargo, se procedió a mantener su estructura por su correspondencia teórica con las dimensiones de la personalidad moral (Puig, 1995), además de que se procuraron utilizar otros criterios de validez para fortalecer el argumento de la estructura interna: estos se reportan en los estudios 2 y 3.

En la Tabla 2 se muestran las correlaciones entre los factores con las puntuaciones invertidas del factor 2, de tal manera que se presentan correlaciones positivas y estadísticamente significativas con excepción de la correlación entre Reflexión sociomoral y Convivencialidad. Una vez obtenidas las correlaciones y la nueva versión corta de 20 reactivos, se procedió al Estudio 2 de análisis factorial confirmatorio.

Estudio 2

Método

Participantes

En una muestra diferente del estudio anterior, participaron 309 estudiantes de universidades públicas y privadas (70.2 % mujeres y 29.8 % hombres) con un rango de edad de 17 a 55 años ($M = 21.88$, $D.E. = 4.92$). Se consideraron los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1
Análisis factorial exploratorio de la escala de personalidad moral

	1	2	3	Total
18. Identifico mis responsabilidades en diferentes situaciones	.659	.164	.381	
12. Mi manera de actuar con los demás es coherente con mis valores	.593	.224	.242	
6. Me considero responsable de mis actos	.584	.374	.249	
14. En caso de conflicto, identifico las situaciones que lo han originado	.564	.135	.235	
36. Antes de tomar una decisión, reflexiono sobre sus consecuencias	.518	.305	.129	
8. Baso mis opiniones en argumentos razonados	.509	.238	.319	
4. Aunque no conduzca al consenso, utilizo el diálogo como una estrategia para abordar los conflictos	.507	.233	.272	
24. Asumo mis obligaciones como estudiante	.491	.164	.255	
29. Reconozco cuando me estoy comportando de forma adecuada o inadecuada	.417	.201	.217	
23. Cuando un buen argumento no coincide con los míos, me cuesta reconocerlo	.143	.649	-.007	
9. Busco otros responsables cuando he cometido algún error	.326	.625	.115	
11. En un debate, insisto reiteradamente en que tengo la razón	.181	.566	.012	
25. Es muy difícil para mí ponerme en el lugar de los demás	.239	.562	.190	
3. Actúo de forma impulsiva	.224	.487	-.011	
31. Me cuesta corregir mis defectos	.317	.477	.058	
30. Me resulta difícil anticipar las reacciones de los demás para evitar conflictos	.238	.448	.000	
27. Me siento desvinculado/a de los problemas que afectan a la comunidad	.060	.423	.285	
28. Utilizo los mecanismos de participación que existen en el ámbito universitario	.319	.070	.708	
16. Participo en grupos u organizaciones que me permiten proponer acciones para el bien común	.353	.043	.593	
26. Considero importante que existan medios de participación que permitan involucrarme en las decisiones de mi universidad	.330	.060	.469	
Número de reactivos	9	8	3	20
Varianza explicada	19.64	8.55	3.61	31.81
Alfa de Cronbach	.77	.75	.58	.80
KMO				.84

Nota: Los números en negrita representan las cargas factoriales más altas.

Tabla 2
Correlaciones entre los factores de la escala de personalidad moral

Factor	Construcción del yo	Reflexión sociomoral	Convivencialidad
Construcción del yo	1		
Reflexión sociomoral	.358**	1	
Convivencialidad	.407**	.088	1

Nota: **Correlación estadísticamente significativa al 0.01

Instrumento

Adaptación de la escala de personalidad moral para estudiantes universitarios mexicanos (ver Apéndice 1): Compuesto por los 20 reactivos seleccionados en el estudio anterior.

Procedimiento

Al igual que el estudio anterior, los reactivos se distribuyeron mediante formularios de Google en redes sociales con los respectivos aspectos éticos de anonimato, confidencialidad y participación voluntaria.

Análisis estadísticos

Los 20 reactivos obtenidos en el estudio anterior se sometieron a un análisis factorial confirmatorio con el método de Máxima Verosimilitud. Se consideraron los índices χ^2/gl con valores esperados menores a 3,

GFI (*Goodness of Fit Index*) con valores esperados mayores a .95 y mayores a .90 como aceptables, SRMR (*Standardized Root of Mean Squared Residual*) con valores esperados menores a 0.08 y RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) con valores esperados menores a 0.08 como aceptables. Se mantuvo el modelo de tres factores con sus respectivos índices de ajuste ($\chi^2 = 314.95$, $\text{gl} = 167$, $p < .001$, $\chi^2/\text{gl} = 1.88$, $\text{GFI} = .907$, $\text{SRMR} = .062$, $\text{RMSEA} = .054$), donde los índices GFI y RMSEA se consideran aceptables (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010) y los índices χ^2/gl y SRMR indican que se presenta un buen ajuste del modelo a los datos (Abad et al., 2011). En la Figura 1 se muestra la estructura factorial de la escala. Los datos se capturaron con ayuda del programa SPSS y se analizaron con el programa AMOS, ambos en la versión 22. Una vez confirmada la estructura interna de la escala, se procedió a analizar sus correlaciones con los cinco grandes factores de la personalidad.

Resultados

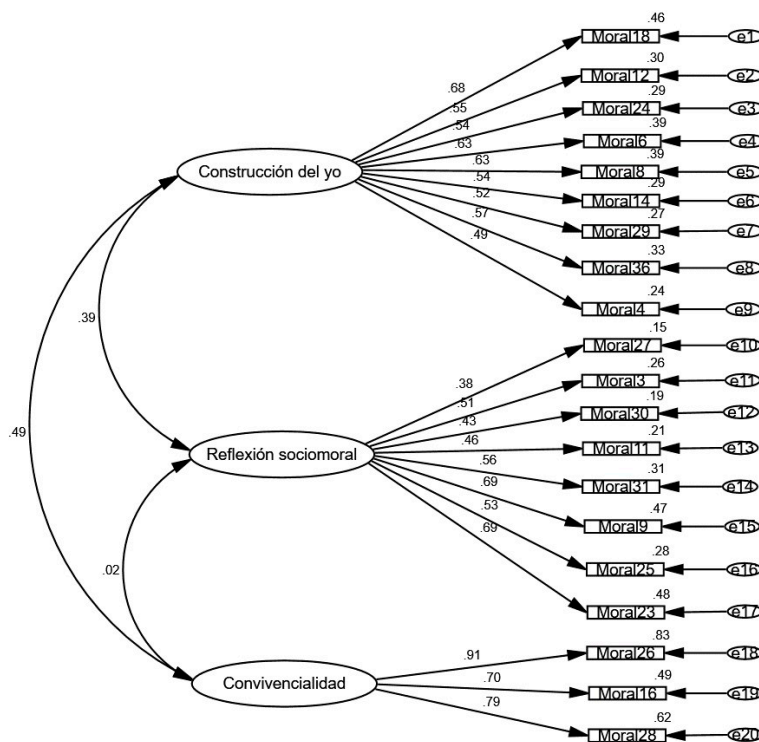


Figura 1. Análisis factorial confirmatorio de la escala de personalidad moral

Estudio 3

Método

Participantes

En una muestra diferente de los estudios anteriores, participaron 293 estudiantes de universidades públicas y privadas (63.1 % mujeres y 36.9 % hombres) con un rango de edad de 17 a 43 años ($M = 20.65$, $D.E. = 4.36$). Se consideraron los mismos criterios de inclusión y exclusión.

Instrumentos

Adaptación de la escala de personalidad moral para estudiantes universitarios mexicanos (Apéndice): Compuesto por los 20 reactivos distribuidos en los tres factores identificados y confirmados en los estudios anteriores.

Versión en español del cuestionario de los cinco grandes de la personalidad (Benet-Martínez & John, 1998). Compuesta por 44 reactivos con un Alfa de Cronbach global de .74 y que se distribuyen en cinco factores: Extroversión, Afabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia.

Procedimiento

Al igual que los estudios anteriores, los reactivos se distribuyeron mediante formularios de Google en redes sociales con los respectivos aspectos éticos de anonimato, confidencialidad y participación voluntaria.

Análisis estadísticos

Como se puede apreciar en la Tabla 3, los factores de cada instrumento se sometieron a un análisis de correlación producto-momento de Pearson, de tal manera que se identificaron los tamaños de r y sus niveles de significancia. Los datos demuestran correlaciones estadísticamente significativas y positivas entre los factores de la personalidad moral y los cinco grandes con excepción de Neuroticismo, con el cual se demuestran correlaciones estadísticamente significativas y negativas. Únicamente la correlación entre Reflexión sociomoral y Extroversión resultó no significativa. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 22.

Resultados

Los resultados pueden observarse en la tabla 3.

Discusión y conclusiones

La medición de la personalidad moral contribuye al estudio de las pautas de comportamiento que presentan los estudiantes universitarios con respecto a su formación profesional y ética, de tal manera que se puedan fortalecer sus virtudes y atender las razones de sus deficiencias (Buxarra et al., 2015; Tey et al., 2014); algo que se facilita con la elaboración de una escala válida y confiable. Los resultados muestran que la escala de 20 reactivos validada en esta investigación tiene propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la construcción de la personalidad moral en estudiantes universitarios mexicanos.

Los resultados también muestran que las dimensiones de construcción del yo, reflexión sociomoral y convivencialidad conforman una serie de indicadores

Tabla 3

Correlaciones entre los factores de personalidad moral y los cinco grandes de la personalidad

	Extroversión	Amabilidad	Responsabilidad	Neuroticismo	Apertura
Construcción del yo	.216**	.320**	.565**	-.233**	.352**
Reflexión sociomoral	.017	.401**	.283**	-.335**	.127*
Convivencialidad	.395**	.200**	.288**	-.166**	.302**

Nota: **Correlación estadísticamente significativa al 0.01; *Correlación estadísticamente significativa al 0.05

que se presentan en las competencias éticas, con sus respectivas particularidades psicométricas, como la presencia de menos reactivos, la puntuación inversa de una dimensión y el resultado no significativo de la correlación entre reflexión sociomoral y convivencialidad. Se estima que estas particularidades se deben a las diferencias culturales con respecto al contexto de la escala original, por lo que es sugerible continuar con la exploración de este constructo en el contexto mexicano, como se ha sugerido con otros aspectos de la psicología y sus variaciones socioculturales (Díaz-Loving, 2017). En general, se considera que las propiedades psicométricas permiten asimilar el instrumento como una adaptación adecuada a un contexto sociocultural distinto del presentado originalmente en el que se contemplan las diferencias de lenguaje (Muñiz et al., 2013; Van de Vijver & Hambleton, 1996).

Se estima que la validación de la escala de personalidad moral hace posible la comparación y replicación de hallazgos como los planteados en otros estudios (Díaz-Barriga et al., 2016; Martínez et al., 2002; Navarro Saldaña et al., 2017), de tal manera que se puedan complementar los conocimientos con respecto a la evaluación de valores en la formación académica, profesional y de compromiso social de estudiantes universitarios con fundamento psicométrico.

Otro hallazgo que se presentó en los resultados fue la identificación de correlaciones estadísticamente significativas con los cinco grandes factores de la personalidad (McCrae & Costa, 2004). De acuerdo con la evidencia derivada del Estudio 3, se aprecia que las pautas de comportamiento aprendidas por cada estudiante universitario como extroversión, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia se relacionan de manera estadísticamente significativa y positiva con las dimensiones de la personalidad moral.

Por otra parte, el factor de personalidad del neuroticismo mostró correlaciones estadísticamente significativas y negativas con las dimensiones de la personalidad moral. Lo anterior sugiere que cuando los estudiantes universitarios aprenden a comportarse de manera expresiva socialmente, con preocupación

por el bienestar de otros, de manera organizada con sus obligaciones, así como con imaginación, creatividad y tranquilidad, probablemente desarrollen habilidades que les permitan responder de manera ética a las situaciones del entorno social y académico que se presenten.

La evidencia recolectada en esta investigación corresponde con el énfasis que las Instituciones de Educación Superior le dan a la formación ética y profesional de sus estudiantes, lo cual sugiere promover las experiencias pedagógicas que permitan desarrollar la labor educativa con una base de fundamentos científicos que faciliten una formación de excelencia, tomando en cuenta los valores sociales de preocupación por el bienestar humano (Schmelkes del Valle, 2009).

De acuerdo con la evidencia obtenida en los tres estudios de esta investigación, se argumenta que, si bien los planes y programas académicos universitarios en América Latina toman en cuenta la formación en valores, se debe tomar también como un elemento que va más allá de lo planteado curricularmente, puesto que es un proceso multifactorial en el que entran en juego elementos que no pueden ser controlados por planes académicos, como lo es la personalidad del estudiante, así como sus implicaciones en el contexto sociocultural en el que se desarrolla (Contreras, 2019; González-Patiño & Esteban-Guitart, 2021; Mercado-Ruiz, 2016).

De ahí la importancia de tomar en cuenta el contexto sociocultural de los estudiantes como un punto de atención que podría ser clave al momento de plantear los objetivos pedagógicos de los programas académicos. Es importante considerar aquello que se encuentra fuera del desarrollo de competencias disciplinares propias del área de formación, de tal modo que se pueda tener una visión más contextualizada del estudiante.

En América Latina, la investigación en educación se ha centrado en los últimos años en la transformación social desde el fomento de conocimiento crítico y la innovación tecnológica donde la enseñanza, la investigación y la extensión de servicios a la comunidad no deben ser ajenos (Lucchesi, 2011). Las Instituciones de Educación Superior Latinoamericanas se

enfrentan al reto de formar profesionistas competentes en sus áreas de formación, pero también con un profundo sentido cívico y ético. Para lograr este objetivo, es necesario que se tome en cuenta el contexto sociocultural en el que se desarrolla el estudiante, así como los diversos escenarios educativos que deben ser foros de diálogo, tolerancia y responsabilidad. En esta investigación se sugiere que los métodos de evaluación psicométrica pueden contribuir a entender de una forma más precisa los avances en dicho reto.

Es importante no considerar los escenarios escolares como los únicos en los que se da el proceso de enseñanza-aprendizaje, y con ello el desarrollo de valores, puesto que esta investigación muestra que la formación ética del estudiante está relacionada con las características personales de cada uno de ellos, y estas a su vez con los contextos ajenos al aula en los que se desarrolla el alumno. Es decir, los diversos escenarios sociales, familiares y culturales en los que día a día, a través de la experiencia el alumno se forma.

Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones que se identifican en esta investigación está la disparidad de las muestras en cuanto a que respondió una mayor cantidad de mujeres que de hombres: la influencia de diferencias por sexo no fue un objetivo de esta investigación, pero se sugiere confirmar las propiedades psicométricas de esta escala en muestras con una proporción adecuada de mujeres y hombres en futuros estudios donde se controle cualquier posible efecto de dicha disparidad.

Otra limitación fue el porcentaje de varianza explicada: si bien este resultado se puede identificar como bajo, se complementa con otros criterios de validación que fortalezcan la utilidad de la escala, como son las correlaciones con una variable fundamental como los cinco grandes rasgos de personalidad.

Así mismo, se sugieren estudios complementarios de construcción de escalas relacionadas con personalidad moral desde la redacción de nuevos reactivos que representen un número más amplio que los 36 originales de los que partió la presente investigación. También se sugiere seguir haciendo investigación

con respecto a la medición de aspectos morales para incluirlos como una posible parte fundamental en aspectos psicosociales del comportamiento.

Referencias

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, J., & García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Benet-Martínez, V. & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multi-method analyses of the big five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729-750. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729>
- Buxarrais, M. R., Esteban, F., & Mellen, T. (2015). The state of ethical learning of students in the Spanish university system: considerations for the European higher education area. *Higher Education Research and Development*, 34(3), 472-485. <https://doi.org/10.1080/07294360.2014.973835>
- Buxarrais, M. R., & Martínez, M. (2009). Educación en valores y educación emocional: propuestas para la acción pedagógica. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 10(2), 263-275. <https://www.redalyc.org/pdf/2010/201017352016.pdf>
- Buxarrais, M. R., Martínez, M., & Tey, A. (2003). *Instrumento de Evaluación de las Dimensiones de la Personalidad Moral*. Universitat de Barcelona (Grupo de Investigación en Educación Moral, GREM).
- Carretero, M. (1993). *Constructivismo y educación*. Editorial Progreso.
- Chavira Trujillo, G., & Celis de la Rosa, A. (2021). Propiedades Psicométricas del Inventario de los Cinco Factores de Personalidad (BFI) en Población Mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(2), 83-94. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.2.384>
- Contreras, M. (2019). *Currículum en psicología. Evidencia desde la práctica docente*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Barriga, F., López, E., Heredia, A., & Rodríguez, Y. (2013). Una experiencia innovadora con estudiantes universitarios: la construcción colaborativa de monografías digitales en línea. *Perspectiva Educacional*, 52(2), 35-59. <https://doi.org/10.4151/07189729-vol.52-iss.2-art.158>
- Díaz-Barriga, F., Pérez-Rendón, M. M., & Lara-Gutiérrez, Y. (2016). Para enseñar ética profesional no basta con una asignatura: Los estudiantes de Psicología reportan incidentes críticos en aulas y escenarios reales. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 7(18), 42-58. <https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2016.18.175>

- Díaz-Loving, R. (2017). *Las garras de la cultura: Investigaciones en torno a las normas y creencias del mexicano*. El Manual Moderno.
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18–33. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Guardia, S. B. (2020). Educación y pandemia. el reto de una formación humanística y ética. En S. B. Guardia (Ed.), *Educación y Pandemia. Una visión desde la universidad* (pp. 9–15). Facultad de Ciencias de la Comunicación, Turismo y Psicología, USMP.
- González-Patiño, J., & Esteban-Guitart, M. (2021). La transformación hacia experiencias expandidas en educación superior: curso #UAMskills de identidad digital. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, 21(65), 1–24. <https://doi.org/10.6018/red.433881>
- Lucchesi, M. (2011). La Universidad Internacional en América Latina: un Nuevo Paradigma para el Siglo XXI. *Formación universitaria*, 4(1), 25–36. <https://doi.org/10.4067/s0718-50062011000100005>
- Martínez, M., Buxarraís, M. R., & Esteban, F. (2002). La universidad como espacio de aprendizaje ético. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 17–43. <https://doi.org/10.35362/rie290949>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587–596. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00118-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00118-1)
- Mercado-Ruiz, A. A. (2016). *Desarrollo de competencias del estudiante de psicología en FES Zaragoza*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miranda-Rodríguez, R., & García-Méndez, M. (2019). Construcción de una Escala de Dominio Moral en Adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 53(4), 169–183. <https://doi.org/10.21865/riedp53.4.13>
- Morán Astorga, C., & Menezes dos Anjos, E. (2016). La Motivación De Logro Como Impulso Creador De Bienestar: Su Relación Con Los Cinco Grandes Factores De La Personalidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 2(1), 31. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.292>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Navarro Saldaña, G., Rubio Aguilar, V., Lavado Huarca, S., Minnicelli, A., & Acuña, J. (2017). Razones y Propósitos para Incorporar la Responsabilidad Social en la Formación de Personas y en Organizaciones de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 11(2), 51–72. <https://doi.org/10.4067/s0718-73782017000200005>
- Puig, J. M. (1995). Construcción dialógica de la personalidad moral. *Revista Iberoamericana de Educación*, 8(2), 103–120. <https://doi.org/10.35362/rie801189>
- Reyes-Lagunes, L. I. & García y Barragán, L. F. (2008). Hacia un procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. *La Psicología Social en México*, XII, 625–630
- Schmelkes del Valle, S. (2009). Interculturalidad, democracia y formación valoral en México. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11(2), 1–10. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15512151003>
- Tey, A., Vilà, R., & Martínez, M. (2014). Competencias para el aprendizaje ético en estudiantes universitarios de enfermería y pedagogía. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 12(1), 337–352. <https://doi.org/10.4995/redu.2014.6422>
- Van de Vijver, F., & Hambleton, R. K. (1996). Translating Tests: Some Practical Guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89–99. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.1.2.89>
- Wong, M. Y. (2020). University students' perceptions of learning of moral education: a response to lifelong moral education in higher education. *Teaching in Higher Education*. <https://doi.org/10.1080/13562517.2020.1852201>

Apéndice

Escala de Personalidad Moral para Estudiantes Universitarios Mexicanos

De las siguientes afirmaciones, responde en una escala de 1 a 5 con qué frecuencia te sientes o te comportas de esa manera.

1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Siempre

1	Identifico mis responsabilidades en diferentes situaciones	1	2	3	4	5
2	Utilizo los mecanismos de participación que existen en el ámbito universitario	1	2	3	4	5
3	Mi manera de actuar con los demás es coherente con mis valores	1	2	3	4	5
4	Cuando un buen argumento no coincide con los míos, me cuesta reconocerlo	1	2	3	4	5
5	Me considero responsable de mis actos	1	2	3	4	5
6	Busco otros responsables cuando he cometido algún error	1	2	3	4	5
7	En caso de conflicto, identifico las situaciones que lo han originado	1	2	3	4	5
8	En un debate, insisto reiteradamente en que tengo la razón	1	2	3	4	5
9	Antes de tomar una decisión, reflexiono sobre sus consecuencias	1	2	3	4	5
10	Participo en grupos u organizaciones que me permiten proponer acciones para el bien común	1	2	3	4	5
11	Baso mis opiniones en argumentos razonados	1	2	3	4	5
12	Es muy difícil para mí ponerme en el lugar de los demás	1	2	3	4	5
13	Aunque no conduzca al consenso, utilizo el diálogo como una estrategia para abordar los conflictos	1	2	3	4	5
14	Actúo de forma impulsiva	1	2	3	4	5
15	Considero importante que existan medios de participación que permitan involucrarme en las decisiones de mi universidad	1	2	3	4	5
16	Me cuesta corregir mis defectos	1	2	3	4	5
17	Asumo mis obligaciones como estudiante	1	2	3	4	5
18	Me resulta difícil anticipar las reacciones de los demás para evitar conflictos	1	2	3	4	5
19	Reconozco cuando me estoy comportando de forma adecuada o inadecuada	1	2	3	4	5
20	Me siento desvinculado/a de los problemas que afectan a la comunidad	1	2	3	4	5

Factor 1. Construcción del yo: reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 17 y 19

Factor 2. Reflexión sociomoral (invertir las puntuaciones): reactivos 4, 6, 8, 12, 14, 16, 18, 20

Factor 3. Convivencialidad: reactivos 2, 10 y 15



ORIGINAL

Modelo de Personalidad Positiva: Diferencias entre Población Clínica y Población General

Positive Personality Model: Differences between Clinic and General Populations

Leandro Eidman^{1,a}, y Guadalupe de la Iglesia^b

^a Universidad Nacional del Chaco Austral; Universidad de Palermo; Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Argentina

^b Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); Universidad de Palermo; Universidad de Buenos Aires, Argentina

Recibido 4 de agosto de 2021; aceptado 29 de octubre de 2021

Resumen

El objetivo de este trabajo fue estudiar la estructura factorial de un modelo de rasgos positivos de la personalidad en una muestra de población clínica, analizar diferencias en los rasgos positivos en comparación con una de población general y estudiar las asociaciones entre los rasgos positivos y la sintomatología psicológica en la muestra de población clínica. La muestra clínica estaba compuesta por 185 sujetos residentes en Argentina cuyo promedio de edad era de 30.19 años (DE = 11.59, 59.5% mujeres, 40.5% varones). La muestra de población general estaba compuesta por 203 sujetos residentes en Argentina cuya edad promedio era de 31.63 años (DE = 10.22, 64.5% mujeres, 35.5% hombres). Los resultados de los estudios psicométricos de la medida de rasgos positivos indicaron el buen funcionamiento de la medida en población. Se encontró que los participantes pertenecientes a población clínica presentaron menor presencia de rasgos positivos de la personalidad en comparación con los individuos de población general y que los rasgos positivos de la personalidad se asociaron de forma negativa con la presencia de la mayoría de los síntomas psicopatológicos.

Palabras Clave: Estructura factorial; Rasgos positivos; Personalidad; Sintomatología psicológica

Abstract

The aim of this paper was to study the factor structure of a positive personality trait model in a clinical population sample, analyze differences in positive traits compared to a general population sample, and study the

1 Contacto: Leandro Eidman, correo electrónico: leaneidman@gmail.com; Guadalupe de la Iglesia, correo electrónico: gdelaiglesia@gmail.com

associations between positive traits and psychological symptomatology in a clinical population sample. The clinical sample consisted of 185 subjects living in Argentina whose mean age was 30.19 years ($SD = 11.59$, 59.5% female, 40.5% male). The general population sample consisted of 203 subjects from Argentina whose mean age was 31.63 years ($SD = 10.22$, 64.5% female, 35.5% male). The results of the psychometric studies for the positive trait measure indicated the good performance of the measure in the population. It was found that participants from clinical populations had lower presence of positive personality traits compared to individuals from the general population and that positive personality traits were negatively associated with the presence of most psychopathological symptoms.

Keywords: Factorial structure; Positive traits; Personality; Psychological symptomatology

Los rasgos de personalidad tienen una gran influencia en las vivencias cotidianas de los sujetos (Corr & Matthews, 2009). Diversas investigaciones, por ejemplo, han vinculado la presencia de ciertos rasgos a la experimentación de sintomatología psicológica plausible de atención clínica psicoterapéutica. En el terreno de los rasgos normales de la personalidad, por ejemplo, se sabe que de los rasgos del *Five Factor Model* -Modelo de los Cinco Grandes- (FFM; Costa & McCrae, 1990) el rasgo neuroticismo está asociado a la presencia de malestar clínico y que la extraversión a la disminución de sintomatología e incremento en el bienestar (Abbott et al., 2008; Bienvenu et al., 2004; DeNeve & Cooper, 1998; Heinze, Vargas & Cortés Sotres, 2008; Jafar, 2012; Keyes, 2002; Lamers, Westerhof, Kovács & Bohlmeijer, 2012; Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005; Steel, Schmidt & Shultz, 2008).

Dentro del terreno de la investigación sobre los rasgos de la personalidad, desde hace ya varias décadas ha tomado relevancia el estudio de las características positivas de los sujetos. Esto viene a intentar dar respuesta a la última concepción de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud (1947) en la que se describió a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Existen varias nosologías de sanidad, siendo la más conocida el modelo Values in Action (VIA) de Peterson y Seligman (2004), que a pesar de haber tenido una amplia divulgación, a la fecha no cuenta con un sustento empírico robusto que permita generalizar su uso a culturas que no sean anglosajonas (de la Iglesia & Castro Solano, 2018a).

Existen algunas investigaciones que dan cuenta de que la presencia de rasgos positivos es beneficiosa e impacta en el incremento de la salud mental (e.g. Góngora & Castro Solano, 2017). Algunos rasgos del modelo VIA, por ejemplo, han sido vinculados a la presencia de salud mental (e.g. Azañedo, Fernández-Abascal & Barraca, 2014; Cosentino & Castro Solano, 2017; Góngora & Castro Solano, 2015; Huta & Hawley, 2010; Peterson & Seligman, 2004; Seligman, 2014, 2015). Desde otra nosología, Cosentino y Castro Solano (2017), encontraron que los rasgos positivos jovialidad y paz del *High Factor Model* (HFM) se encuentran en mayor medida en los sujetos que no presentan afecciones médicas y mentales.

Positive Personality Model

De la Iglesia y Castro Solano (2018) postularon el *Positive Personality Model* (PPM; Modelo de Personalidad Positiva) como una nosología de sanidad en la que se valoran rasgos de personalidad positivos. Este modelo se encuentra asociado al modelo de rasgos patológicos postulado en la Sección III de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013). El PPM resulta ser el polo positivo del continuum de rasgos de la personalidad. La propuesta pretende completar con una versión positiva la noción de continuidad dimensional en la teorización sobre rasgos de la personalidad (e.g., Leary, 1957; Millon, 1996; Millon & Everly, 1994; Offer & Sabshin, 1991; Strack & Lorr, 1994). Los

rasgos que conforman el PPM son los siguientes: serenidad, caracterizado por un excelente manejo de las emociones negativas propias y ajenas manteniendo una paz casi imperturbable; humanidad, que implica una alta sensibilidad al contexto y a los otros con una inclinación a la ayuda y solidaridad; integridad, refiere a la confianza, honestidad y humildad; moderación, que implica la cautela y la reflexión antes de la acción; y, vivacidad y foco, que se relaciona con tener confianza en sí mismo, metas claras, ser activo y estar satisfecho. El modelo de rasgos positivos pretende funcionar como una nosología de sanidad actualizada e integrada a los postulados más recientes en el estudio de la personalidad.

Teniendo en cuenta el carácter de novedad que reviste el PPM, aún no existe suficiente evidencia de su funcionamiento en población clínica. A pesar de ello, existe evidencia que da cuenta del rol de las características positivas en la salud mental experimentada y su potencial efecto en el desarrollo de procesos psicoterapéuticos. Hall-Simmonds y McGrath (2019), por ejemplo, describieron tres modelos que integran las características salugénicas propuestas por Peterson y Seligman (2004). En primer lugar, el Modelo de Fortalezas como síndrome que propone la conceptualización de los diagnósticos como excesos y deficiencias en las fortalezas. En segundo lugar, el Modelo de Fortalezas como síntomas, que conceptualiza los síntomas clínicos como diferencias en las fortalezas y, por último, el Modelo Fortalezas como moderador que sugiere una conceptualización sobre los aspectos positivos como moderadores de la presentación clínica dentro de las categorías diagnósticas tradicionales. Es así como, este modelo ofrece un complemento más que una alternativa a la formulación diagnóstica tradicional. Al respecto, conviene mencionar como precedente que Disbato et al. (2014) mediante un estudio longitudinal informaron que las fortalezas del carácter redujeron los síntomas de depresión, sin embargo, los resultados no fueron significativos en el sentido opuesto. Del mismo modo, diversas investigaciones sobre el rol que cumplen las fortalezas del carácter informaron que el uso insuficiente de las fortalezas se asocia con mayor depresión, menos florecimiento y menos satisfacción

con la vida (Gillham et al., 2011; Freidlin et al., 2017; Tehranchi et al., 2018)

Contar con un instrumento que evalúe los rasgos positivos de la personalidad en población general contribuye por un lado, a pensar en la posibilidad de crear un manual de uso común que comprenda una nosología de sanidad partiendo de la idea de contar con un marco conceptual que comprenda los rasgos positivos de la personalidad y por otro lado poder detectar aspectos valorativos de la personalidad ya que las investigaciones han utilizado una terminología más neutral para caracterizar las diferencias individuales. Es así como, el PPM se encuentra operacionalizado en un instrumento de medida denominado Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5 (IRP-5) que fue validado para su uso en población argentina (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b). Además, el modelo ha sido estudiado con diferentes criterios externos. Se sabe, por ejemplo, que los rasgos del PPM pueden ser teóricamente ubicados en un polo positivo del continuo de rasgos ya que correlacionan de manera positiva pero parcial con los rasgos normales de la personalidad del *Five Factor Model* (FFM; Modelo de los Cinco Grandes; Costa & McCrae; 1985) y de manera negativa con los rasgos patológicos de la sección III del DSM-5). También, se sabe que, en comparación con los rasgos normales, los rasgos positivos son mejores predictores del bienestar (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b) y del desempeño y satisfacción laboral (de la Iglesia, Lupano Perugini & Castro Solano, 2019). Además, predicen el rendimiento y ajuste académico (de la Iglesia & Castro Solano, 2019) así como también, incrementan la probabilidad de experimentar salud mental completa -baja sintomatología psicológica y alto bienestar- (de la Iglesia & Castro Solano, 2019). Sin embargo, todos estos estudios han sido llevados a cabo en población general.

Teniendo en cuenta que aún no existen estudios que hayan analizado si el PPM se sostiene en población clínica y si existen diferencias en la presencia de los rasgos en comparación con población general. Se considera de relevancia contar con la adaptación del instrumento que operacionalice los rasgos positivos de la personalidad en población clínica y así aportar evidencia a favor de un modelo plausible de ser

ubicado en el polo positivo del continuo generado a partir de las cinco dimensiones patológicas de la personalidad, según lo establecido en la sección III del DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013).

Es por ello, que los objetivos de la presente investigación se constituyeron en: (1) Confirmar la estructura del PPM en población clínica; (2) Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los rasgos del PPM entre población clínica y población general; (3) Analizar las relaciones entre los rasgos del PPM y la sintomatología psicológica en población clínica.

Método

Participantes

En este estudio se utilizaron dos muestras: una muestra clínica y una muestra de población general. La muestra clínica estaba compuesta por 185 sujetos residentes en argentina cuyo promedio de edad era de 30.19 años (DE = 11.59). Los principales motivos de consulta informados fueron ansiedad 31.3% (n = 58), angustia 27% (n = 42), problemas familiares 22.7% (n = 37), pánico 16.22 (n = 30) y temor a rendir 3% (n = 18). De las personas que habían asistido a un tratamiento psicoterapéutico el 65% (n = 121) informó no recordar el abordaje, el 26.3% (n = 49) refirió haber asistido a psicoterapia cognitiva y el 7.9% (n = 15) a tratamiento psicoanalítico. Respecto del tiempo transcurrido en tratamiento, el 65.8% (n = 132) no lo recordaba, el 18.4% (n = 37) informó haber asistido a sesiones de psicología durante 6 meses, el 7.9% (n = 8) 12 meses y el 7.9% (n = 8) 24 meses. La muestra de población general estaba compuesta por 203 sujetos residentes en argentina cuya edad promedio era de 31.63 años (DE = 10.22).

Materiales

Encuesta Sociodemográfica. Mediante este instrumento se relevaron datos sobre el sexo, la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento y residencia de la

muestra, como así también, el nivel de estudios, nivel socioeconómico y ocupación.

Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5 (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018b). Este instrumento es una medida de rasgos positivos de la personalidad. Se encuentra basado en el PID-5 (Krueger et al., 2013) el cual brinda medidas de cinco rasgos de personalidad psicopatológica de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos en la Sección III del DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013). Los ítems se responden en base a una escala con respuestas tipo Likert con 6 opciones de respuesta (0 = completamente falso a 5 = completamente verdadero). Cuenta con 60 ítems agrupados en cinco rasgos positivos: serenidad humanidad, integridad, moderación, y vivacidad y foco. El inventario cuenta con abundante evidencia acerca de su validez psicométrica en población general. Fue sometido a juicio experto y a un estudio piloto, análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Además, se estudió su convergencia con medidas de rasgos patológicos y normales, así como su capacidad predictiva sobre la presencia de bienestar psicológico. En el presente estudio las confiabilidades internas de las dimensiones fueron muy buenas (serenidad = .89, humanidad = .82, integridad = .84, moderación = .81, y vivacidad y foco = .89).

El Inventario de 90 Síntomas Revisado -Symptom Check List 90-R- (SCL-90-R; Derogatis, 1977). Este inventario es un autoinforme de 90 síntomas agrupados en nueve subescalas: ansiedad, depresión, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica y hostilidad. Los ítems se responden en base a una escala Likert con 5 opciones de respuesta (0 = nada a 4 = mucho). Permite la obtención de tres índices globales: (1) índice de severidad global (GSI), (2) índice de malestar sintomatológico y (3) índice de síntomas positivos. En los estudios locales se realizó un análisis factorial replicando el procedimiento seguido por Derogatis (1977). Con el método de componentes principales y rotación varimax obtuvieron como resultado nueve factores que explican el 41% de la varianza. Respecto de la confiabilidad de la versión en Argentina se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach para la escala completa, el coeficiente de

Tabla 1
Características sociodemográficas de las muestras

Características de Base				
	Población Clínica		Población General	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Femenino	110	59.5	131	64.5
Masculino	75	40.5	72	35.5
Estado Civil				
Soltero/a	78	42.2	69	34
Novios	46	24.9	43	21.2
Casados	27	14.2	40	19.7
Concubinato	20	10.8	41	20.2
Divorciado	14	7.6	10	4.9
Nivel Socio-económico				
Alto	2	1.1	2	1
Medio Alto	34	18.4	27	13.3
Medio	122	65.9	137	67.5
Medio Bajo	21	11.4	35	17.2
Bajo	6	3.2	2	1
Nivel de estudio máximo alcanzado				
Escuela Primaria	1	0.5	-	-
Escuela Secundaria	26	14	10	8.9
Estudios Terciarios	35	18.9	51	25.2
Estudios Universitarios	116	62.7	114	56.7
Estudios de Postgrado	7	3.8	15	8.4
Ocupación				
Empleador	16	8.6	14	6.9
Trabajo cuenta propia	18	9.7	19	9.4
Empleado	70	37.8	120	59.1
Trabajo sin salario	4	2.2	1	0.5
Desempleado	7	3.8	3	1.5
Ama/o de casa	5	2.7	6	3
Jubilado/Pensionado	1.6	3	2	1
No trabajar	62	33.5	38	18.7

Guttman para la división por mitades y el coeficiente de Spearman-Brown, obteniendo datos estadísticamente significativos (Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Perez, 2008; Sanchez & Ledesma, 2009). La confiabilidad obtenida en la presente muestra fue de un alpha de Cronbach = .87.

Inventario de Rasgos de Personalidad para el DSM-5, Forma Corta, Adultos -Personality Inventory for DSM-5, Short Form, -Adult- (PID-5-SF; Krueger Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013). Este instrumento es una versión abreviada del instrumento psicométrico original *Personality Inventory for*

DSM-5 - Adult (PID-5; Krueger et al., 2013). Fue diseñado con el objetivo de evaluar rasgos patológicos de la personalidad de acuerdo al DSM-5. Mediante 25 ítems mide los siguientes cinco rasgos: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Los ítems se responden en una escala Likert de 4 valores comprendidos entre 0 (Muy Falso o A menudo Falso) y 3 (Muy Cierto o A menudo Verdadero). Góngora y Castro Solano (2017) estudiaron su funcionamiento psicométrico en población argentina analizando su dimensionalidad, consistencia interna y obteniendo evidencias de validez divergente con una medida de rasgos normales de la personalidad. En sus conclusiones, indicaron que la medida resulta apropiada para su uso en población local. Para este estudio se utilizó una puntuación global, que tenía una fiabilidad de .87.

Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico. El criterio de inclusión en la muestra clínica o en la de población general era la presencia o ausencia de sintomatología psicológica. Este indicador se determinó mediante la administración de la escala SCL-90-R (Casullo & Castro Solano, 1999; Derogatis, 1977). La utilización de este criterio de inclusión estuvo guiada por investigaciones precedentes (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Ferrer & Viñas-Poch, 2007; Fernández Liporace & Castro Solano, 2017; Santibáñez & Vinet, 2016). Se determinó que eran casos clínicos aquellos casos en los que el puntaje T era superior a 63 en al menos una de las escalas del SCL-90-R de acuerdo al baremo de Casullo y Perez (2008).

En todos los casos, los sujetos que participaron del presente estudio fueron informados sobre los objetivos de la investigación y las características de la colaboración solicitada. Se consideró que un requisito indispensable para formar parte de la misma era la firma un consentimiento informado. En él se informaba acerca del tratamiento confidencial de los datos, la característica voluntaria y no remunerada de la participación. La investigación fue evaluada y

aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.

Análisis de datos

Para el objetivo psicométrico se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el programa EQS 6.2 (Bentler, 2006) y el método de estimación utilizado fue MLR -Máxima Verosimilitud Robusto-. Para valorar la bondad de ajuste del modelo, se examinaron diferentes índices: Chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste incremental de Bollen (IFI) y error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Dado que las variables eran ordinales, se utilizó la matriz policórica, debido a que es más apropiada para este tipo de datos (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia & Fernández Liporace, 2013; Múthen & Kaplan, 1985). Para el análisis de consistencia interna se calcularon alfas de Cronbach. Al momento de analizar las evidencias de validez convergente se calcularon pruebas *r* de Pearson. Para estudiar las diferencias de medias con la población general se tuvo en cuenta que de acuerdo a la prueba Kolmogorov- Smirnov, la distribución de las puntuaciones compuestas del IRP-5 -tanto en la muestra clínica como en la muestra de población general- no diferían de la distribución normal ($p > .05$) y se cumplimentaba con la homogeneidad de la varianza. De acuerdo a ello se calcularon pruebas *t* de Student para muestras independientes y además se obtuvieron los valores relacionados al tamaño del efecto con el estadístico *d* de Cohen (Cohen, 1988). Para el análisis de la asociación de los rasgos positivos con la presencia de sintomatología clínica se calcularon se utilizaron correlaciones *r* de Pearson o rho de Spearman, según se hubieran cumplido los supuestos de normalidad o no.

Resultados

Para obtener evidencias acerca de las características psicométricas del IRP-5 en adultos argentinos de población clínica se realizó un análisis factorial confirmatorio y un análisis de consistencia interna. Con

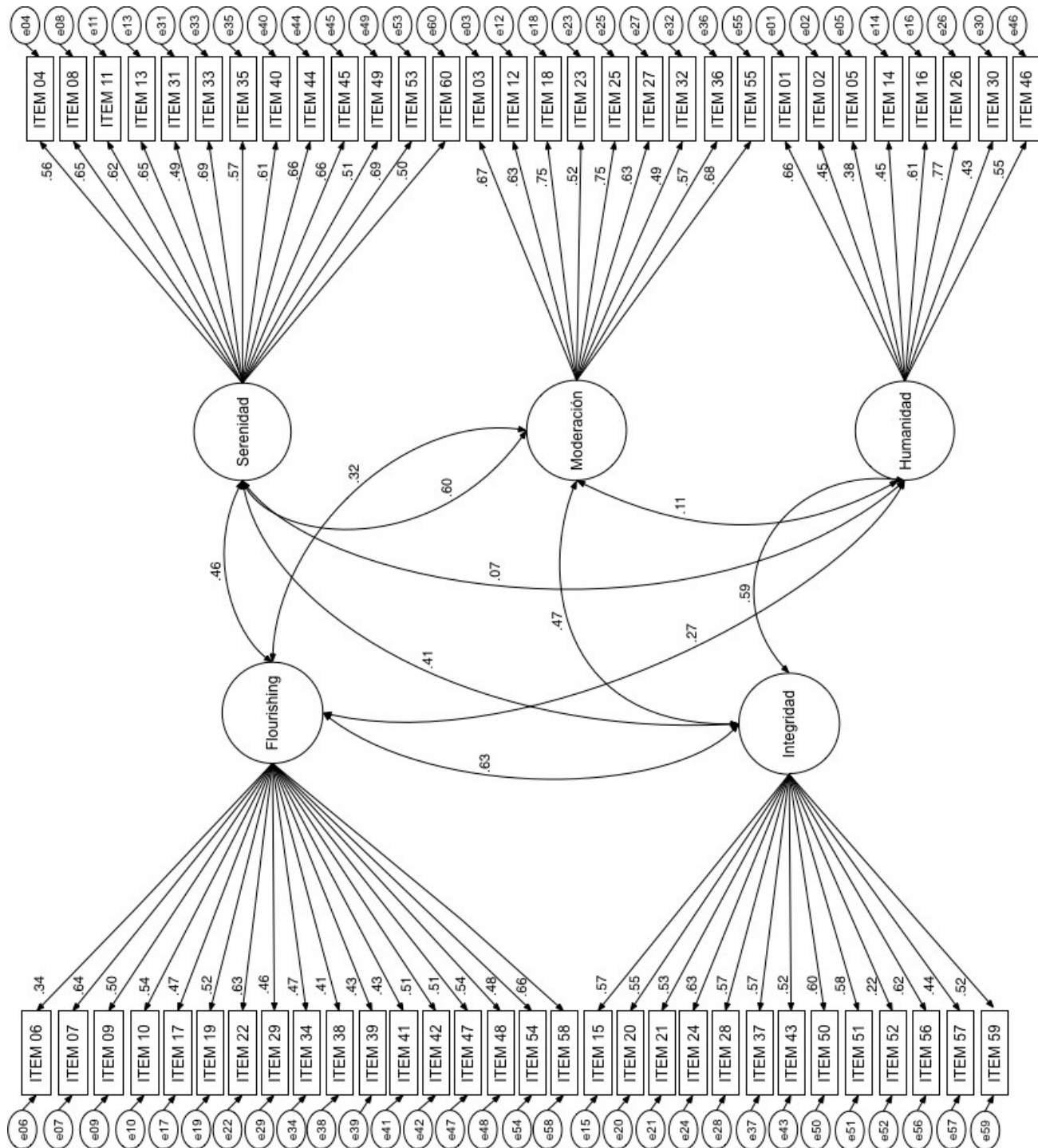


Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio IRP-5 en muestra clínica.

el análisis factorial confirmatorio se puso a prueba el modelo teórico de cinco factores ya establecido en población general en la muestra clínica. Todos los índices de ajuste indicaron que el modelo de cinco factores se sostenía en la muestra clínica: $\chi^2 = 14252.865$, $p < .001$; CFI = .947; IFI = .938; RMSEA = .050 90% IC [.046, .054], $p < .001$. Se puede observar que, a diferencia de lo teóricamente esperado, el índice de ajuste χ^2 fue significativo. Sin embargo, Schumaker y Lomax (2016) informaron que para muestras mayores a 200 participantes es esperable este resultado. Los pesos de regresión para cada elemento (ver Figura 1) fueron los esperados ($>.40$; Kline, 2000), a excepción del ítem 6 que presentaba un valor de .34 y el ítem 52 que tenía un valor de .22. A pesar de ello, se decidió conservarlos debido a que el ajuste global, la medida más relevante a evaluarse en los análisis factoriales confirmatorios, era el esperado y en consideración de que la modificación de la medida afectaría la posibilidad de comparación con la población general.

A continuación, se evaluó la confiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna de las puntuaciones del IRP-5 mediante alfas de Cronbach. Todas las dimensiones demostraron tener excelente consistencia interna: alfaSerenidad = .887, alfaHumanidad = .753, alfaIntegridad = .811, alfaModeración = .855, alfaVivacidadyfoco = .895.

Además, se esperaban correlaciones negativas y altas entre los rasgos positivos (IRP-5) y los rasgos patológicos (PID-5) para obtener evidencias de validez convergente negativa entre las dimensiones postuladas teóricamente como constructos opues-

tos (Coulacoglou & Saklofske, 2017). Algunas asociaciones encontradas fueron bajas, y otras entre moderadas y altas. Todas ellas estuvieron en línea con resultados esperados ya que indican que los rasgos positivos varían en la dirección opuesta a los rasgos patológicos (ver Tabla 2).

Al estudiarse las diferencias en los rasgos positivos entre la población clínica y la población general, se halló que a excepción del rasgo Humanidad en el que los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > .05$), las diferencias eran estadísticamente significativas en todos los rasgos positivos ($p < .05$). En todos los casos, los sujetos pertenecientes a población general demostraron tener mayor presencia de los rasgos positivos (ver Tabla 3). En cuanto a los tamaños del efecto, se pudo observar que en serenidad, integridad y moderación el tamaño del efecto fue medio, y que en vivacidad y foco, el tamaño del efecto fue grande.

Para analizar si los rasgos positivos de la personalidad se asociaban a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica se estudiaron las correlaciones entre los rasgos positivos y las puntuaciones compuestas del *Symptom Check List-90-Revisado* (SCL-90-R; Derogatis, 1977) (ver Tabla 4). Las correlaciones entre el rasgo positivo de la personalidad Serenidad y las subescalas Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Ideación Paranoide, Síntomas Positivos y el Índice de Severidad Global fueron significativas y negativas ($p < .05$), siendo no significativas las correlaciones con las siete dimensiones restantes ($p > .05$). Para Humanidad se hallaron asociaciones positivas Somatizaciones (p

Tabla 2
Asociaciones entre los rasgos positivos y patológicos en población clínica

PID-5	IRP-5				
	Serenidad	Humanidad	Integridad	Moderación	Vivacidad y Foco
Afectividad Negativa	-.372**	.271**	-.020	-.224**	-.204**
Desapego	-.116	-.192**	-.177*	-.318	-.294**
Antagonismo	-.126	-.114	-.290**	-.228**	-.186*
Desinhibición	-.315**	-.055	-.236**	-.523**	-.293**
Psicoticismo	.000	-.026	-.062	-.024	-.190**

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$; IRP-5 = Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5; PID-5 = Inventario de Rasgos de la Personalidad para el DSM-5.

Tabla 3
Diferencias en Rasgos Positivos de la Personalidad: Población Clínica Vs. Población General

Rasgos Positivos	Población General		Población Clínica		95% IC	<i>t</i> (<i>gl</i>)	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Serenidad	3.43	0.70	3.12	0.90	[0.152 - 0.471]	3.84(386)*	0.39
Humanidad	3.48	0.76	3.43	0.74	[-0.108 - 0.191]	0.55(386)	0.05
Integridad	4.27	0.51	4.04	0.62	[0.114 - 0.339]	3.96(386)*	0.40
Moderación	3.44	0.82	3.13	0.95	[0.131 - 0.484]	3.44(386)*	0.35
Vivacidad y Foco	3.91	0.55	3.35	0.77	[0.430 - 0.427]	8.30(386)*	0.84

Nota: * = $p < .005$

<.05) y negativa con Obsesiones y Compulsiones ($p < .05$), mientras que las demás correlaciones fueron no significativas ($p > .05$). Las correlaciones entre Integridad y Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Ideación Paranoide, Psicoticismo y Síntomas Positivos fueron todas negativas y significativas ($p < .05$). No se hallaron relaciones estadísticamente significativas con las seis subescalas restantes ($p > .05$). La correlación entre el rasgo positivo de la personalidad Moderación y Hostilidad fue negativa y estadísticamente significativa ($p < .001$), y no significativas con las demás subescalas ($p > .05$). Finalmente, en relación al rasgo Vivacidad y Foco, todas las correlaciones halladas fueron negativas y significativas ($p < .05$), a excepción de la subescala

Ansiedad en donde no se halló una relación estadísticamente significativa ($p > .05$).

Discusión

Los resultados del análisis factorial confirmatorio, confirmaron la estructura factorial del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b) en población clínica. Sin embargo, los pesos de regresión para el ítem 06 y el ítem 52, no fueron los esperados. El ítem 6 versaba “Disfrute de la Vida”, es decir que representaba el aspecto de afectividad positiva del rasgo Vivacidad y Foco. Es posible que su carga levemente inferior se deba a que ese aspecto no necesariamente es el más representativo del rasgo que está definido especial-

Tabla 4
Asociaciones entre los rasgos positivos de la personalidad y sintomatología psicopatológica en población clínica

	Serenidad	Humanidad	Integridad	Moderación	Vivacidad y Foco
Somatizaciones	-.12	.15*	.00	-.12	-.21**
Obsesiones y Compulsiones	-.13	-.15*	-.23**	-.03	-.44***
Sensibilidad Interpersonal	-.22**	.05	-.20**	-.09	-.45***
Depresión	.00	.08	.01	.05	-.24***
Ansiedad	-.01	.11	.04	-.03	-.08
Hostilidad	-.36**	-.06	-.18**	-.23***	-.30***
Ansiedad Fóbica	-.06	.10	-.03	-.00	-.29***
Ideación Paranoide	-.16*	-.07	-.22**	-.11	-.21**
Psicoticismo	-.08	.05	-.16*	-.12	-.32***
IMSP	-.06	.05	-.20**	.01	-.39***
SI	-.16*	.02	.06	-.11	-.38***
ISG	-.18*	.05	-.12	-.11	-.41***

Nota: *** = $p < .001$; ** = $p < .01$; * = $p < .05$; IMSP: Índice de Malestar Sintomático Positivo; SI: Síntomas Positivos; ISG: Índice de Severidad Global.

mente por el foco claro en los objetivos vitales y ser activo o energético en cuanto a su logro. En el caso del ítem 52 que enunciaba “Espero que me traten de igual manera que a los demás” posiblemente ocurra lo mismo dado que el trato igualitario es uno de los aspectos de Integridad, pero no necesariamente el más representativo del rasgo que abarca conductas relacionadas con ser honesto, ser confiable y humilde. Es posible también, que la formulación y extensión del ítem, que puede ser un poco más compleja en comparación con el resto de los ítems, haya afectado levemente su comprensión y esto se vea reflejado en su peso de regresión. Esto también podría estar relacionado al tamaño de la muestra y a las características clínicas de la misma (Sajobi & Lix, 2017). No obstante, se consideró que la modificación de la medida afectaría la posibilidad de comparación con la población general y, además, se tuvo en cuenta que el ajuste global, que es la medida más relevante en este tipo de análisis, era el adecuado, y por tal motivo, se decidió conservarlos.

Por otra parte, los índices de consistencia interna obtenidos aportaron evidencias de confiabilidad de la medida de rasgos positivos en consonancia con los análisis de confiabilidad realizados para población general (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b). Luego, al analizarse las asociaciones entre los rasgos positivos (IRP-5) y los rasgos patológicos del IRP-5 y el PID-5 con la intención de obtener evidencias de la validez convergente (Coulacoglou & Saklofske, 2017) entre las dimensiones postuladas teóricamente como constructos opuestos, algunas asociaciones encontradas fueron negativas bajas, y otras negativas entre moderadas y altas. A pesar de que, todas las asociaciones estuvieron en línea con los resultados esperados debido a que indicaron que los rasgos positivos de la personalidad van en dirección opuesta a los rasgos patológicos, estas asociaciones deben tomarse con cautela dado que su magnitud es entre media y baja, cuando se esperaría sea mayor. Esto proporcionaría algunos motivos para sugerir que, tal como se observó en población general (de la Iglesia & Castro Solano, 2018a), en población clínica el modelo de cinco rasgos positivos también se puede ubicar en el polo positivo del continuo generado a partir de

las cinco dimensiones patológicas de la personalidad, según lo establecido en la sección III del DSM-5. Por lo expuesto, en cuanto a al primer objetivo, se concluye que el instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para su uso en población clínica argentina. Sus análisis psicométricos básicos indican un buen funcionamiento general de sus medidas lo cual permite identificar la presencia o ausencia de rasgos positivos de la personalidad.

En relación a la comparación de la presencia de rasgos positivos en población clínica y general se debe tener en cuenta que lo novedoso del PPM redundaba en la ausencia de antecedentes con los que se puedan contrastar los resultados obtenidos. Sin embargo, se puede realizar ciertos paralelismos con rasgos similares de otros modelos de sanidad y de rasgos normales. En principio, se debe señalar que los participantes de población general presentaron en mayor medida los rasgos positivos de la personalidad serenidad, integridad, moderación y, vivacidad y foco en comparación con los participantes de población clínica. Es decir que, los sujetos pertenecientes a población general tendrían la capacidad de dominar sus emociones negativas en situaciones que se encuentran fuera de su control, permanecerían tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales en los que su interlocutor experimenta emociones negativas, presentarían características relacionadas al cumplimiento de sus promesas y la sinceridad, se mostrarían realmente como son sin presentar problemas al admitir sus errores, como así también, se tomarían el tiempo necesario para evaluar los riesgos y beneficios antes de actuar en determinadas situaciones (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b) a diferencia de los sujetos pertenecientes a población clínica.

Es interesante destacar, que los rasgos positivos de la personalidad descriptos tienen una gran impronta de carácter social a diferencia del rasgo vivacidad y foco mediante el cual se observó una diferencia significativa con un tamaño del efecto grande entre las poblaciones estudiadas. Esto podría estar en consonancia con las características que presenta el rasgo, tales como: estar seguros de lo que quieren, proponerse metas claras y disfrutar de la cotidianidad,

además de sentirse activos, enérgicos, satisfechos y útiles, características que se encontrarían en mayor relación con la individualidad del ser humano en contraposición a la expectativa social (Chesney et al., 2005; Strümpfer, 2006). Se podría hipotetizar que, aquellas personas que demanden un proceso psicoterapéutico se encontrarían en la búsqueda del desarrollo de las características que definen al rasgo y es por ello que en población clínica es más marcada su ausencia.

Estos hallazgos van en consonancia con aquellos hallados en relación al modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004) en un estudio por Huta y Hawley (2010) quienes hallaron que las fortalezas del carácter se encuentran relacionadas al bienestar en una población similar a la aquí estudiada. Los resultados también son similares a los reportados por Cosentino y Castro Solano (2017) en relación al HFM quienes hallaron que valores superiores en los rasgos positivos se encuentran en población general en comparación con población clínica, específicamente los rasgos de la personalidad paz y jovialidad (el primero similar al rasgo serenidad en el PPM). Además, el hecho de que exista mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad en población general, se relaciona con los resultados informados por Góngora y Castro Solano (2017) quienes informaron que un grupo que presentaba mayor salud mental se caracterizaba por presentar una mayor sensación de bienestar y funcionamiento efectivo (e.g. vivacidad y foco en PPM).

Resulta interesante que el rasgo humanidad se encuentra en niveles similares tanto en población clínica como en población general (las diferencias no fueron estadísticamente significativas). Se puede inferir que las personas caracterizadas por ser extremadamente sensibles a su entorno y quienes se muestran vulnerables en presencia de otros se encontraban presentes en ambas poblaciones. Las personas que presentan este rasgo positivo de la personalidad se caracterizan por movilizarse ante la presencia de sufrimientos de otros e intentar aliviar este sufrimiento (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b) lo que llevaría a pensar que de esta forma desatenderían a su problemática para desplazarse de sus propios sufrimientos enfocando la atención en el sufrimiento de otros (Rey-Gómez,

Ruiz- Robledillo, Bellosta-Batalla, Sariñana-González & Moya-Albiol, 2016). De esta manera, podríamos hipotetizar que, aquellas personas con presencia del rasgo positivo de la personalidad humanidad podrían no percibir la necesidad de asistir a un tratamiento psicoterapéutico.

El hallazgo más interesante que se puede extraer de este trabajo es que el PPM es un modelo que demuestra ser plausible de ser ubicado en el polo opuesto de los modelos de nosología patológica. Este resultado refuerza el punto de vista de Hall-Simmonds y McGrath (2019) en la conceptualización sobre el Modelo de Fortalezas al conceptualizar los aspectos positivos como reguladores de las diferentes presentaciones clínicas presentadas en las categorías diagnósticas tradicionales. Más aún, con las ideas que destacan que la reducción de sintomatología psicopatológica es consecuencia del aumento del florecimiento y la satisfacción con la vida debido a la presencia de fortalezas del carácter (Disbato et al., 2014; Gillham et al., 2011; Freidlin et al., 2017; Terhanchi et al., 2018).

Finalmente, se analizó si los rasgos positivos de la personalidad se asociaban a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica. Se esperaba que los rasgos correlacionaran de manera negativa con las dimensiones de síntomas psicológicos, esta hipótesis fue confirmada parcialmente ya que no todos los rasgos positivos de la personalidad se asociaron de forma negativa y significativa con la sintomatología psicopatológica que se encontraba presente en la muestra clínica. Teniendo en cuenta que el IRP-5 comparte características similares con los modelos de sanidad propuestos por Peterson y Seligman (2004) y por Castro Solano y Cosentino (2017), se podrían inferir que los resultados obtenidos se encontrarían en línea con las investigaciones precedentes donde se incluían modelos de sanidad asociados de forma negativa a síntomas psicopatológicos (Cosentino & Castro Solano, 2017; de la Iglesia & Castro, 2018a; Góngora & Castro Solano, 2017; Keyes, 2002; Keyes & Simoes, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Los resultados evidenciaron que las asociaciones entre el rasgo serenidad y la sintomatología psico-

patológica resultaron ser negativas y significativas con las subescalas de sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, síntomas positivos y el índice de malestar global. Estos resultados se encuentran en consonancia con los resultados de estudios que utilizaron modelos de sanidad similares al propuesto por el PPM (e.g. Azañedo, Fernández- Abascal & Barraca, 2014; Cosentino & Castro Solano, 2017; Góngora & Castro Solano, 2015; Huta & Hawley, 2010; Peterson & Seligman, 2004; Seligman, 2014, 2015). Se podría inferir que las personas con mayor presencia de características de dominio de emociones negativas en situaciones que se encuentran fuera de su control, con tendencias a permanecer tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales en los que su interlocutor experimenta emociones negativas presentarían menores síntomas caracterizados por sentimientos de inferioridad e inadecuación (especialmente cuando se comparan con sus semejantes); menores pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo; menor temor a la pérdida de autonomía y menor tendencia a exagerar la sintomatología general que se encuentre presente. Sin embargo, no se hallaron asociaciones significativas entre serenidad y somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo y el índice de malestar positivo. Se podría pensar que las diferencias radican en que aquí se están analizando subdimensiones de síntomas mediante un test mayormente utilizado como una medida de screening y es posible que ello sumado al tamaño muestral haya impactado en una disminución de la potencia estadística para detectar el efecto.

Pasando ahora a las asociaciones obtenidas entre el rasgo humanidad y la sintomatología psicopatológica, los resultados evidenciaron una asociación negativa y significativa con obsesiones y compulsiones; una asociación positiva y significativa con somatizaciones, mientras que, no se informaron correlaciones con las demás subescalas sintomatológicas. Es decir que, aquellas personas con mayor presencia de sensibilidad ante el entorno, vulnerables ante la presencia de otros, compasivas y conmovidas ante el sufrimiento de otro presentarían menores síntomas relacionados

a pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. Este hallazgo debe comprenderse dentro de las características que contempla el rasgo humanidad que comparte con algunas dimensiones del modelo VIA (e.g. humanidad, amor, amabilidad, clemencia y misericordia) que refieren a que las personas con presencia de este tipo de fortalezas humanas presentan una orientación cognitiva y emocional hacia los demás representada mediante el amor hacia los referentes significativos y son benévolos o compasivos ante personas que se encuentran en desigualdad de poder (Peterson & Seligman, 2004). Éstas características se encuentran relacionadas de forma negativa e inversa en aquellas personas que presentan una interferencia ansiosa que obstaculiza la conclusión de una acción ya iniciada, pensamientos extremistas, absolutistas y escasa tolerancia a asumir los propios errores, así como también, pensamientos que conducen a generarse un gran volumen de obligaciones y normas estrictas sobre como deberían ser las cosas (Cordero- Andrés et al., 2017). Este resultado se encuentra en coincidencia con lo reportado por otras investigaciones que utilizaron modelos de sanidad similares al del presente estudio (e.g. Azañedo, Fernández- Abascal & Barraca, 2014; Seligman, 2015) en las que se encontró que la fortaleza humanidad (e.g. humanidad en PPM) se asociaba de manera negativa y significativa con síntomas psicopatológicos. Considerando que humanidad se encuentra en el polo positivo del continuo en el que en el polo normal se sitúa el rasgo extraversión del FFM (Costa & McCrae, 1985), se pueden retomar los resultados informados por Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2005) y por Heinze, Vargas y Cortés Sotres (2008) quienes reportaron que existe una asociación negativa y significativa entre extroversión y la sintomatología asociada a las obsesiones y compulsiones, en coincidencia con los hallazgos del presente estudio. Por otro lado, y en contraposición a lo esperado, la asociación entre humanidad y somatizaciones fue positiva y significativa, lo cual indicó que aquellas personas con presencia humanidad eran susceptibles de presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar e interferencia en las actividades de la vida diaria. Este resultado podría explicarse porque

las personas con presencia del rasgo positivo humanidad tienden a ser extremadamente sensibles a su entorno y son capaces de mostrarse vulnerables ante la presencia de otros (de la Iglesia & Castro Solano, 2018a) motivo por el cual, existiría una tendencia a experimentar pensamientos, sentimientos o conductas excesivas en relación a sus síntomas. En relación a esto, se considera preciso retomar los resultados obtenidos en el análisis anterior en donde no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo humanidad entre población clínica y población general. Se podría inferir que la presencia de humanidad en población clínica a niveles iguales que las personas pertenecientes a población general, implicaría una sensibilidad que los hace permeables a conectarse con el sufrimiento ajeno y, es posible que luego no cuenten con las estrategias necesarias para lidiar con las emociones negativas que eso conlleva. Por otra parte, las asociaciones con las demás mediciones de síntomas no reportaron ser significativas.

Pasando ahora a los resultados obtenidos en cuanto al rasgo integridad y la sintomatología psicopatológica, se obtuvieron asociaciones negativas y significativas con las dimensiones de obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y con la subescala síntomas positivos. Es decir que, aquellas personas que se caracterizaron por ser confiables, honestas, con tendencia al cumplimiento de las promesas y sinceras presentaron menores síntomas asociados a pensamientos, acciones e impulsos no deseados; menores sentimientos de inferioridad e inadecuación; menor presencia de sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo; menores pensamientos relacionados a la suspicacia y pérdida de autonomía, y menor intención de mostrarse mejor de lo que realmente están. Este hallazgo podría explicarse porque las características que definen al rasgo positivo de la personalidad podrían funcionar como factores de protección ante la vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología psicopatológica. En contraposición a lo esperado, los resultados informaron que no son significativas las asociaciones del rasgo integridad con somatizaciones,

depresión, ansiedad, ansiedad fóbica el índice global de severidad y el índice de malestar positivo. Sin embargo, este rasgo posee características similares al rasgo honestidad en el HFM que se encontró asociado negativamente a la presencia sintomatología (Cosentino & Castro Solano, 2017).

En cuanto al rasgo moderación solo se encontró una correlación negativa y significativa con la subescala hostilidad. Es decir que, aquellas personas que se caracterizaron por evitar riesgos innecesarios y tomarse el tiempo para evaluar los mismos antes de actuar en determinadas situaciones, presentaron menores probabilidades de tener pensamientos, sentimientos y acciones características de personas con afectos negativos de enojo. Este hallazgo, es coincidente con la conceptualización dimensional del PPM, donde el rasgo normal responsabilidad (Costa & McCrae, 1990; McCrae & Costa, 1999, 2003) se encuentra ubicado en el medio del modelo dimensional. Este rasgo alude a las diferencias individuales en la disposición a seguir las normas socialmente establecidas, controlar los impulsos y retrasar la gratificación inmediata. Esto se encuentra relacionado de forma inversa con las características que presenta la sintomatología de hostilidad, entendida como comportamientos de ira, enojo y resentimiento.

Finalmente, los resultados informaron que ante la presencia del rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco existía una menor presencia de sintomatología psicopatológica en todas las dimensiones a excepción de los síntomas de ansiedad. Es decir que, las personas con características relacionadas a la vitalidad, a la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía, presentarían menores síntomas somáticos y psicológicos. Este rasgo se encuentra relacionado a las características del compromiso o *engagement* (Peterson & Seligman, 2004) las cuales reflejan un enfoque activo de la vida y pueden asumirse como una herramienta al momento de hacer frente a los sufrimientos psíquicos. Ahora bien, el rasgo vivacidad y foco no se asoció de significativa con ansiedad. Estos rasgos resultan ser similares a los hallados en relación a el rasgo apertura a la experiencia del FFM que pertenece al continuo del rasgo vivacidad

y foco (Delgado et al., 2018; Newby et al., 2017). El hecho de que los signos generales de ansiedad no se encuentren relacionados al rasgo positivo vivacidad y foco podría relacionarse con que las características de activación que implica podrían estar acompañadas de la experimentación de nerviosismo, tensión y miedos ante situaciones significadas como amenazantes. Quienes tienen energía, se embarcan en proyectos con metas claras y con concentración, pueden experimentar a la par altos niveles de ansiedad por el desafío que enfrentan, como así también, estar tranquilos por sentirse capaces. Lo mismo ocurriría con quienes tienen bajos niveles de vivacidad y foco, ya que esto podría asociarse a una falta de ansiedad por no estar frente a una situación desafiante o, por el contrario, por hallarse perdidos en cuanto a sus metas vitales.

Se podría inferir que las correlaciones halladas en el presente estudio indicarían que, a mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad, menor sería la presencia de un funcionamiento psicológico deficiente. En particular, se considera pertinente destacar que el rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco fue el que mayormente se alejó de las variables psicopatológicas. Este hallazgo indicaría que la presencia de características vinculadas a la experiencia subjetiva de sentirse vivos, a la vitalidad, al bienestar hedónico y eudaimónico, se encontrarían relacionadas con un funcionamiento psicológico óptimo.

Es importante considerar algunas limitaciones vinculadas a la dificultad relacionada a la muestra debido a que la recolección de datos se realizó con procedimientos de selección no probabilísticos, lo cual influyó directamente en los supuestos que subyacen a la mayoría de los análisis estadísticos. Por lo tanto, las posibilidades de generalizar los resultados hallados en la presente muestra se encuentran limitadas a muestras con características similares. Asimismo, el presente estudio presentó un diseño transversal lo cual no permite evaluar el valor predictivo y la evolución de los rasgos positivos de la personalidad. Los resultados obtenidos en él son meramente correlacionales y no deberían interpretarse relaciones causales entre las variables. Además, debido al carácter de novedad que reviste el PPM fue necesario realizar paralelismos

con otras variables salugénicas – modelo VIA, HFM, bienestar – y relacionadas – FFM, PID-5- ya que no era factible encontrar estudios previos que hayan utilizado el modelo y las variables aquí analizadas.

Sería importante en futuros estudios el empleo de determinadas evaluaciones que no revistan el carácter de autoinforme, la utilización de muestras con tamaños más representativos y considerar a los factores culturales como determinantes contextuales. Aparte de ello, los resultados obtenidos en la presente investigación podrían complementarse con nuevas investigaciones empíricas que permitan dar cuenta de evidencia respecto al rol predictivo de los rasgos positivos de la personalidad en población clínica que asista a tratamiento psicoterapéutico.

A modo de conclusión se puede confirmar que el PPM es pasible de ser utilizado en población clínica mediante la utilización del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018b). Además, en cuanto a las diferencias en la presencia de rasgos positivos entre población general y clínica se podría hipotetizar que en los participantes de población general de alguna manera, los rasgos positivos de la personalidad parecieran funcionar como factores de protección de la salud mental. Esto también se sustenta en los resultados del último análisis que, a grandes rasgos, indicó que los rasgos positivos se asocian negativamente con la presencia de sintomatología psicológica. En particular, se considera pertinente destacar que el rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco fue el que mayormente se alejó de las variables psicopatológicas. Es decir, la presencia de características vinculadas a la experiencia subjetiva de sentirse vivos, a la vitalidad, al bienestar hedónico y eudaimónico, se encontrarían relacionadas con un funcionamiento psicológico óptimo. Este hallazgo resulta de suma relevancia para el diseño de tratamientos psicoterapéuticos que potencien este tipo de características positivas, de esta forma, en su abordaje se conceptualizarían no solo los aspectos psicopatológicos del hombre sino también sus potencialidades y en efecto las intervenciones podrían estar dirigidas hacia promover la actualización del potencial humano.

Referencias

- Abbott, R.A., Ploubidis, G.B., Croudace, T.J., Kuh, D., Wadsworth, M.E.J., & Huppert, F.A. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: Evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 679–687. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0355-8>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA, USA: Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate software.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20(2), 92-97. <https://doi.org/10.1002/da.20026>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Casullo, M. M., (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 97-113.
- Casullo, M. M. & Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones*, 7, 147-157.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adaptación UBA. CONICET.
- Chesney, M. A., Darbes, L. A., Hoerster, K., Taylor, J. M., Chambers, D. B., & Anderson, D. E. (2005). Positive emotions: Exploring the other hemisphere in behavioral medicine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 50. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_2
- Cohen, J. (1988). The effect sizes. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 77-83.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P. & Medrano, L. A., (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2017). The High Five: Associations of the five positive factors with the Big Five and well-being. *Frontiers in psychology*, 8, 1250. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01250>
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. <https://doi.org/10.1037/t07564-000>
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 362-371. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362>
- Coulacoglou, C. and Saklofske, D. H. (2017). *Psychometrics and Psychological Assessment Principles and Applications*. London: Elsevier, Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802219-1.00017-1>
- de la Iglesia, G., & Castro Solano, A. (2018a). The Positive Personality Model (PPM): Exploring a New Conceptual Framework for Personality Assessment. *Frontiers in Psychology*, 9, 2027. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02027>
- de la Iglesia, G., & Castro Solano, A. (2018b). El Inventario de Rasgos de Personalidad Positivos (IRP-5): Construcción y análisis psicométricos básicos preliminares. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 57-70.
- de la Iglesia, G., & Solano, A. C. (2019). Academic achievement of college students: The role of the positive personality model. *Problems of Education in the 21st Century*, 77(5), 572.
- de la Iglesia, G., Lupano Perugini, M. L., & Castro Solano, A. (2019). Modelo de Personalidad Positiva: su asociación al funcionamiento óptimo en trabajadores activos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 425-449.
- Delgado, B., Inglés, C. J., Aparisi Sierra, D., García-Fernández, J. M., & Martínez-Monteagudo, M. C. (2018). Relación entre la Ansiedad Social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 46, 81-92. <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.06>
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 124(2), 197. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.197>
- Derogatis, L. R., (1977). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R*. Bloomington: Pearson. <https://doi.org/10.1037/t01210-000>
- Disabato, D. J., Short, J. L., Kashdan, T. B., Curby, T. W., and Jarden, A. (2014). Do character strengths reduce future depression or does depression reduce character strengths? *Present Am Psychol Assoc*. <https://doi.org/10.1037/e542342014-001>

- Freidlin, P., Littman-Ovadia, H., and Niemiec, R. M. (2017). Positive psychopathology: social anxiety via character strengths underuse and overuse. *Personal. Individual. Differences*, 108, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.12.003>
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones Policóricas y Tetracóricas en Estudios Exploratorios y Confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J. K., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., et al. (2011). "Character strengths predict subjective well-being during adolescence." *Journal of Positive Psychology*, 6, 31–44. <https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536773>
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 1. <https://doi.org/10.5872/psiencia/7.2.21>
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2017). Pathological Personality Traits (DSM-5), Risk Factors, and Mental Health. *SAGE Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1177/2158244017725129>
- Hall-Simmonds, A., & McGrath, R. E. (2019). Character strengths and clinical presentation. *The journal of positive psychology*, 14(1), 51-60. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1365160>
- Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud mental*, 31(5), 343-350.
- Huta, V., & Hawley, L. (2010). Psychological strengths and cognitive vulnerabilities: Are they two ends of the same continuum or do they have independent relationships with well-being and ill-being? *Journal of Happiness Studies*, 11, 71–93. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9123-4>
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164-2172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300918>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)-Adult*. Massachusetts: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1037/t30042-000>
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 517-524. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012>
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York, NY: Ronald Press.
- Lorr, M., & Strack, S. (1994). Personality profiles of police candidates. *Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 200-207. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199403\)50:2<200::AID-JCLP2270500208>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199403)50:2<200::AID-JCLP2270500208>3.0.CO;2-1)
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-5384-y>
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 139-153.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203428412>
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos*: Theodore Millon, George S. Everly, Jr.; traducción de Josep Treserra i Torres; prólogo de Manuel Valdés. Martínez Roca.
- Newby, J., Pitura, V. A., Penney, A. M., Klein, R. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2017). Neuroticism and perfectionism as predictors of social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 106, 263-267. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.057>
- Offer, D. E., & Sabshin, M. E. (1991). *The diversity of normal behavior: Further contributions to normatology*. Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud (1947). *World Health Organization Constitution*. Geneva, Switzerland: Author.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Rey Gómez, C., Ruiz Robledillo, N., Bellosta-Batalla, M., Sariñana-González, P., & Luis Moya Albiol, L. (2016). El contagio emocional conlleva un deterioro de la salud en población no clínica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 374-387.
- Sajobi, T. T., & Lix, L. M. (2017). Robust Measures of Variable Importance for Multivariate Group Designs. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 16(2), 6. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1509494760>

- Sanchez, R., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3), 265-274.
- Seligman, M. E. (2014). Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. *Journal of Positive Psychology*. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.888582>
- Seligman, M. E. (2015). Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 3-6. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.888582>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling*. psychology press.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.138>
- Tehranchi, A., Neshat Doost, H. T., Amiri, S., & Power, M. J. (2018). The role of character strengths in depression: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 9, 1609. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01609>



ORIGINAL

Rasgos de Personalidad y Depresión, Predictores de Ansiedad Rasgo-Estado en Madres¹

Personality Traits and Depression as Predictors of Trait-State Anxiety in Mothers

Mirna García-Méndez ^a, María del Pilar Méndez-Sánchez ^a,
Rafael Peñaloza-Gómez ^a, & Sofía Rivera-Aragón ^b

^aFacultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México

^bFacultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido 13 de septiembre de 2021; aceptado 29 de octubre de 2021

Resumen

La Ansiedad Rasgo (A-R) y Ansiedad-Estado (A-E), se relaciona con los rasgos de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad, Responsabilidad) y con la depresión, afectando la dinámica de las familias biparentales y monoparentales. El presente estudio tuvo como objetivo analizar si los rasgos de personalidad y la depresión predicen la A-R y A-E en madres biparentales (casadas y en unión libre) y monoparentales (solteras, separadas divorciadas). Participaron 836 madres de la ciudad de México con un rango de edad de 20-55 años ($M = 40.2$, $DE = 7$) que respondieron de manera voluntaria tres instrumentos. Se llevó a cabo una correlación de Pearson y regresiones jerárquicas. Los resultados indican que los rasgos de personalidad y la depresión predicen la A-R y A-E. El Neuroticismo y la depresión son predictores negativos, que favorecen la A-R y A-E en madres biparentales y monoparentales. La Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad fueron predictores que tienden a disminuirla. Se observó una tendencia de valores predictivos de Neuroticismo y depresión más altos en las madres divorciadas y separadas lo que sugiere que ellas son más vulnerables a presentar niveles más altos de A-R y A-E en detrimento de su salud mental.

Palabras Clave: Trastornos; Madres; Rasgos; Monoparentalidad; Biparentalidad

1 Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT Clave IN306616. Mirna García Méndez. Teléfono: 55556230542. Correo: mina@unam.mx, Dirección postal: Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa C.P. 09230, Ciudad de México

Abstract

Trait Anxiety (T-A) and State Anxiety (S-A) are related to personality traits (Neuroticism, Extraversion, Openness to Experience, Kindness, Responsibility) and with depression, touching the dynamics of biparental and single-parent families. The present study aimed to analyze whether personality traits and depression predict T-A and S-A in biparental mothers (married and in common-law union) and single parents (single, separated, divorced). 836 mothers from Mexico City participated with an age range of 20-55 years ($M = 40.2$, $SD = 7$) who voluntarily completed three instruments. A Pearson correlation and hierarchical regressions were carried out. The results indicate that personality traits and depression predict T-A and S-A. Neuroticism and depression are negative predictors, promoting T-A and S-A in biparental and single-parent mothers. Extraversion, Openness to Experience, Friendliness and Responsibility were predictors that tend to decrease it. A trend of higher predictive values of neuroticism and depression was observed in divorced and separated mothers, which suggests that they are more vulnerable to presenting higher levels of T-A and S-A to the detriment of their mental health.

Keywords: Disorders; Mothers; Traits; Single parent; Biparental

El estudio de los rasgos de personalidad se respalda en dos tradiciones, la léxica y la factorial. La tradición léxica postula que los rasgos están codificados en el lenguaje natural que integra las diferencias individuales más importantes en las relaciones humanas, con patrones habituales de comportamiento, pensamiento y emociones (Fadda, Scalas, Quevedo-Aguado, & Benavente Cuesta, 2021; Goldberg, 1993; Peabody & De Raad, 2002; Terracciano, McCrae, & Costa, 2010). En la tradición factorial mediante el análisis de datos cuantitativos se establecen las categorías o factores de personalidad (John & Srivastava, 1999; Raad & Perugini, 2002).

En su versión original, los factores de personalidad se denominaron Estabilidad Emocional, Extraversión, Cultura, Amabilidad y Responsabilidad, en posteriores investigaciones, el factor Cultura se sustituyó por Apertura a la Experiencia y se elaboró la escala para medir Amabilidad y Responsabilidad que en conjunto evalúan patrones estables de pensamientos, sentimientos y comportamientos en contextos específicos (Beckmann et al., 2020; Block, 2010; Costa, McCrae & Dye, 1991; McCrae & John, 1992; Möttus, McCrae, Allik & Realo, 2014).

Con estos cambios, se consolida el modelo factorial de los Cinco-Grandes que cuenta con una amplia evidencia empírica en diferentes culturas, y con una organización jerárquica de los rasgos de personalidad

(McCrae & John, 1992). El modelo se ha utilizado en diferentes investigaciones, como predictor de múltiples consecuencias en la vida de la persona, se le relaciona con los eventos recientes de la vida y la ansiedad, con los estilos de apego adulto, con la depresión y la ansiedad Rasgo-Estado (Agudelo, Spielberger & Buena-casal, 2007; Nettle & Shaver, 2006; van der Veen et al., 2017). También se asocia al bienestar subjetivo y psicológico, la autoestima y la satisfacción con la vida, a las relaciones románticas, a la salud mental en general y a la discapacidad social (Albuquerque, Lima, Matos & Figueiredo, 2012; Graziano & Tobin, 2002; Joshanloo & Afshari, 2011; McCann, 2011; Ozer & Benet-Martínez, 2006; Şimşek & Koydemir, 2013; Weidmann, Ledermann & Grob, 2017).

El rasgo de personalidad Neuroticismo, correlaciona positivamente con la ansiedad, lo que predispone al individuo a presentar niveles altos de este trastorno, y la ansiedad en conjunto con la depresión se asocian con la patología de los rasgos de personalidad (Carvalho & Arruda, 2016; Paulus, Vanwoerden, Norton & Sharp, 2016; Santos Júnior, Lima, Tenório, Lopes & Fermoseli, 2016). En lo que concierne a la familia, las relaciones padres-hijos se ven afectadas negativamente por el Neuroticismo, por una baja Responsabilidad y una baja Extraversión (Belsky, Jaffee, Caspi, Moffitt & Silva, 2003).

Las muestras empleadas en estas investigaciones han sido de adultos en general y adolescentes, el presente estudio aportará información relacionada con madres biparentales y monoparentales.

Relacionada a los rasgos de personalidad esta la depresión, considerada como una emoción estrechamente unida a la tristeza, resultado de una sensación de indefensión después de una pérdida importante (Lazaruz, 2000). Una de las teorías más difundida sobre este trastorno es la de (Beck, 1980) que la considera como un desorden del pensamiento con signos y síntomas, resultado de la activación de patrones cognoscitivos negativos.

Los reportes internacionales indican que la depresión es un problema grave de salud pública, su impacto se relaciona con el grado de incapacidad que genera, lo que se refleja en la presencia de dificultades para realizar las tareas cotidianas y en la discapacidad social, variables que pueden correlacionar con otros problemas físicos y emocionales (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

Los efectos negativos de la depresión materna se reflejan en el desempeño académico de los hijos y en sus valoraciones cognoscitivas con lo que se incrementa la probabilidad de que desarrollen trastornos del estado de ánimo y sean vulnerables a un deterioro funcional, social y académico (Kouros & Cummings, 2011; Yu & Wilcox-Gök, 2015).

El tener un miembro de la familia con depresión afecta su dinámica y funcionamiento lo que puede conducir a una mayor prevalencia de problemas de salud debido al incremento del conflicto marital, a una disminución de la calidez parental y a un apoyo parental inconsistente (Cummings, Keller & Davis, 2005; Ray, Weisner, Taillac & Campbell, 2017) Estos comportamientos son indicadores de una incompatibilidad entre la depresión y la buena crianza de los hijos, ya que las madres deprimidas, son más irritables, participan en comportamientos negativos, intrusivos y hostiles, la disciplina con sus hijos oscila entre punitiva, laxa y permisiva (Goodman & Tully, 2006).

Al igual que la depresión, la ansiedad es un trastorno que afecta negativamente el funcionamiento

psicosocial, la salud física y mental, las relaciones sociales, familiares, el funcionamiento y la productividad de las personas, así como su calidad de vida (Angulo et al., 2017; Spinhoven et al., 2011). Puede desempeñar un papel central en las emociones negativas, debido a que se relaciona con altos niveles de Neuroticismo y bajos niveles de Responsabilidad (van der Veen et al., 2017).

Por su función activadora y facilitadora de respuesta del individuo, la ansiedad se concibe como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes. Es una de las principales variables psicológicas que se considera una parte importante del desarrollo de la personalidad, es un estado psicológico caracterizado por componentes somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales (Akhter & Ibrahim, 2015). Se puede presentar como una reacción o estado emocional complejo que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo en función de situaciones específicas que afectan a un individuo, refleja las reacciones psicológicas y fisiológicas transitorias (Ansiedad-Estado), o puede presentarse de manera independiente a la situación, sin un evento específico que la ocasione como una tendencia a presentar ansiedad (Ansiedad-Rasgo) (Caldeira, Costa, Ferreira, & Teixeira-Silva, 2017).

El control de la ansiedad se articula con la estabilidad de la familia, en el caso de la ansiedad parental intervienen diversos factores: la vulnerabilidad genética, la crianza, estresores medioambientales y los rasgos de personalidad (Borelli et al., 2015; Sokolowski & Israel, 2008). Hallazgos empíricos refieren una relación entre la ansiedad y un estilo de crianza marcado por la sobreprotección que contribuye al desarrollo de un estilo cognoscitivo que asocia los resultados de las acciones a factores externos (Spokas & Heimberg, 2009).

En el estudio de las familias, predominan las biparentales haciendo énfasis en sus relaciones, en las coaliciones que se presentan, en sus efectos en el bienestar del grupo y los individuos que la conforman, y en cómo estas relaciones afectan el funcionamiento familiar y la salud de sus integrantes. Estas familias se consideran fundamentales en el cuidado y la crianza de los hijos, se supone que les proporcionan una

mejor vida (Markman & Halford, 2005). Sin embargo, la estructura de la familia se ha modificado en las últimas décadas. Reporta el organismo encargado de realizar el censo poblacional en México (Instituto de Estadística y Geografía [INEGI], 2019) que el número de divorcios se quintuplicó del año 2000 a 2019, pasó de 7 a 32 por cada 100 habitantes, el porcentaje de mujeres separadas, divorciadas y viudas es mayor al de los hombres. En este periodo de tiempo los matrimonios disminuyeron de 49% a 38% y se incrementó la población en unión libre en un 20%.

Estos cambios modifican la conformación de las familias mexicanas, en primer lugar, están las familias biparentales (integradas por el padre, la madre y los hijos), seguidas por las familias monoparentales dirigidas por el padre o la madre, responsables del cuidado de sus hijos.

A diferencia de la biparentalidad, la monoparentalidad se relaciona con problemas académicos de los hijos, con bajos ingresos y con el riesgo de experimentar elevados niveles de estrés por la falta de apoyo social y psicológico (Berryhill & Durtschi, 2017; Briggs et al., 2016; de Lange, Dronkers & Wolbers, 2014). Se afirma que disminuye su acceso a los servicios de salud y se incrementa la depresión (Lipman & Boyle, 2005).

Por otro lado, hay investigadores que presentan resultados diferentes, refieren que la presencia de ambos padres no asegura la ausencia de problemas, mencionan que estos ocurren en familias biparentales y monoparentales (Mayorga, Godoy, Riquelme, Ketterer & Gálvez, 2015). Se argumenta inconsistencia en la evidencia empírica asociada al hecho de que los casados tienen bajo riesgo para la depresión, en comparación con los divorciados o separados (Rimehaug & Wallander, 2010; Whisman, Weinstock, & Tolejko, 2006).

Con base en lo descrito, el objetivo del presente estudio fue analizar si los rasgos de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad, Responsabilidad) y la depresión predicen la A-R y A-E en madres mexicanas biparentales (casadas y en unión libre) y monoparentales (solteras, separadas divorciadas).

Método

Participantes

Colaboraron 836 madres de la ciudad de México, 380 biparentales (45.4%) y 456 (54.5%) monoparentales, con un rango de edad de 20 a 55 años ($M = 40.2$, $DE = 7$). Del total de madres, 246 (29.4%) casadas, 139 (16.6%) en unión libre, 107 (12.8%) divorciadas, 225 (26.9%) madres solteras, y 119 (14.2%) separadas. El número de hijos fue de uno a seis ($M=2$, $DT=.9$). La muestra fue no probabilística.

Instrumentos

Inventario de los Cinco Grandes en español (Bennet-Martínez & John, 1998). Evalúa el patrón de características psicológicas que se expresan por sí mismas, automática y prácticamente en cualquier dominio de funcionamiento psicológico. Las diferencias culturales se pueden encontrar en la manifestación de comportamientos en contextos específicos. Se integra por 44 ítems con cinco opciones de respuesta, 1=Muy en desacuerdo; 2=Ligeramente en desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4=Ligeramente de acuerdo; 5=Muy de acuerdo. Contiene cinco factores: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la Experiencia. Las propiedades psicométricas de esta versión son adecuadas, tiene un índice de fiabilidad de 0.74 específicos. El inventario, inicia con un enunciado general que aplica para todos los reactivos, Me veo a mi mismo (a) como alguien que... es minucioso en el trabajo; es reservado; con frecuencia se pone tenso; es a veces tímido, inhibido.

Inventario de depresión de Beck BDI-II (González, Rodríguez, & Reyes-Lagunes, 2015). (versión en español). Es un inventario que evalúa los síntomas de los trastornos depresivos. Se integra por 21 reactivos y su consistencia interna es de 0.87. Cada reactivo contiene cuatro enunciados con valoraciones de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la sintomatología depresiva con lo que se obtienen valoraciones de 0 a 63 puntos.

Un ejemplo de reactivo es el que evalúa irritabilidad: No estoy más irritable que lo habitual; estoy más irritable que lo habitual; estoy mucho más irritable que lo habitual; estoy irritable todo el tiempo.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (I.D.A.R.E.) (Spielberg & Díaz Guerrero, 1975). Contiene 40 enunciados con formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, 1=No en absoluto; 2= Un poco, 3=Bastante y 4=Mucho. 20 enunciados miden A-R (cómo se siente habitualmente) y 20 enunciados miden A-E (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos). El inventario proporciona una puntuación de ansiedad como estado y una puntuación de ansiedad como rasgo, con valores que van de 20 a 80 puntos. Los coeficientes Alpha de Cronbach oscilan entre 0.83 y 0.86. A continuación se enuncian cuatro de los 40 reactivos que integran el IDARE. Me siento a punto de explotar; estoy contrariado; siento ganas de llorar; me falta confianza en mí mismo.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó previo a la pandemia por COVID 19 por lo que se llevó a cabo de manera presencial. La muestra se localizó en escuelas de la ciudad de México, previa autorización de las autoridades se citó a las madres, se les explicó el objetivo de la investigación y se les garantizó la

confidencialidad de la información. Quienes decidieron colaborar firmaron estar de acuerdo en responder de manera voluntaria tres inventarios: El de los Cinco Grandes en español (Benet-Martínez & John, 1998) para obtener las valoraciones de los rasgos de personalidad a través de los cinco factores que lo integran., el BDI-II (González et al., 2015) para evaluar la depresión, y el I.D.A.R.E. (Spielberg & Díaz Guerrero, 1975) para obtener las valoraciones de A-R y A-E. Los tres instrumentos se aplicaron en las escuelas de manera grupal. La aplicación duró aproximadamente 30 min. y fue realizada por el equipo de investigación.

Consideraciones éticas

Los datos recolectados durante la investigación fueron manejados con total discreción y confidencialidad como lo contempla el Código Ético (American Psychological Association, 2010) y el Código Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017).

Resultados

Los estadísticos descriptivos de los cinco factores de rasgos de personalidad, de depresión, A-R y A-E en madres biparentales y monoparentales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de los rasgos de personalidad, depresión, A-R y A-E

	Biparentales			Monoparentales		Min	Max
	Casadas <i>n</i> =246	Unión libre <i>n</i> =139	Divorciadas <i>n</i> =107	Solteras <i>n</i> =225	Separadas <i>n</i> =119		
	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)	<i>M</i> (<i>DE</i>)		
Neuroticismo	21.5(5.9)	23.4(7)	21.2(5.8)	22.4(6.2)	21.5(6.3)	8	40
Extraversión	25.4(5)	24.6(4.7)	25.7(5.5)	25.3(5)	25.1(4.7)	8	40
Apertura a la Experiencia	35.5(5.5)	33.8(6)	36(6.3)	34.4(6.7)	35.4(6.6)	15	50
Amabilidad	34.2(5)	33.3(5.2)	33.8(5.1)	33(4.7)	33.9(4.5)	14	45
Responsabilidad	35.1(5.1)	34.4(5.2)	34.9(5.8)	33.3(5.5)	34.3(5.1)	17	45
Depresión	9.5 (8.3)	12(10.6)	10.9(9.9)	12.4 (10.7)	11.3(9.5)	.00	52
A-R	36.4(8.9)	39(10.9)	39.3(10.1)	39.5(9.7)	38.3(10.3)	20	72
A-E	36.5(10)	39.5 (12.2)	38.6(10.1)	39(11)	36.3(9.4)	20	80

Para examinar las relaciones entre las variables, se realizó el coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 2). En madres biparentales y monoparentales, las correlaciones más fuertes y positivas de A-R y A-E fueron con Neuroticismo y depresión, mientras que las correlaciones negativas fueron de Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad y Apertura a la Experiencia. Valores altos de Neuroticismo y depresión suponen un incremento de la A-R y A-E. Con excepción de las madres solteras, las correlaciones más altas fueron de A-R con depresión. En cuanto a las correlaciones negativas las más fuertes fueron con A-R, en madres solteras con Apertura a la Experiencia y Responsabilidad; en separadas con Apertura a la Experiencia y Amabilidad. Estos resultados sugieren que la A-R tenderá a disminuir en estas madres.

Se realizaron análisis de regresión jerárquica para determinar si los factores de personalidad Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, así como la depresión, afectan la A-R y la A-E en madres biparentales y monoparentales. El orden en el que se incluyeron los factores de personalidad en cada regresión responde a su organización jerárquica (McCrae & John, 1992) y a los resultados de las correlaciones estadísticamente significativas que se obtuvieron (ver Tabla 2).

En las regresiones de madres biparentales casadas tuvieron efecto en A-R y A-E el Neuroticismo, la Apertura y la depresión, el mayor efecto se observa

en A-R (ver Tabla 3). El efecto negativo de Apertura supone que al incrementarse los puntajes de este factor la A-R y A-E disminuirá.

En las madres biparentales que viven en unión libre (ver Tabla 4), tuvieron efecto en A-R el Neuroticismo, la Extraversión, la Amabilidad y la depresión. En A-E la diferencia es que Amabilidad quedó excluida y solo las otras tres variables tuvieron valores significativos para este trastorno. Los valores negativos de Extraversión y Amabilidad refieren una disminución en la A-R y A-E.

En las madres monoparentales divorciadas (ver Tabla 5), se obtuvieron cuatro pasos para la A-R y tres para la A-E. Afectan la A-R el Neuroticismo, la Amabilidad, la Responsabilidad y la depresión; mientras que la A-E se ve afectada por el Neuroticismo la Extraversión y la depresión.

De las regresiones para madres monoparentales solteras resultaron tres pasos que afectan la A-R y tres que afectan la A-E: Neuroticismo, Apertura a la Experiencia y la depresión (ver Tabla 6). Se muestra que la depresión es la variable con mayor efecto en la A-R y A-E en las madres solteras.

En las regresiones de madres monoparentales separadas, tienen efectos en A-R tres rasgos de personalidad (Neuroticismo, Apertura a la Experiencia, Amabilidad) y la depresión. en A-E solo dos (Neuroticismo, Extraversión) y la depresión (ver Tabla 7).

Tabla 2
Correlaciones de A-R, A-E, rasgos de personalidad y depresión en madres biparentales y monoparentales

Edo. Civil		1	2	3	4	5	6
Casadas	A-R	.64**	-.20**	-.36**	-.36**	-.40**	.72**
	A-E	.55**	-.20**	-.30**	-.29**	-.36**	.66**
Unión libre	A-R	.62**	-.45**	-.42**	-.41**	-.35**	.80**
	A-E	.60**	-.42**	-.43**	-.33**	-.38**	.76**
Divorciadas	A-R	.70**	-.34**	-.30**	-.45**	-.46**	.74**
	A-E	.59**	-.38**	-.28**	-.32**	-.33**	.63**
Solteras	A-R	.65**	-.32**	-.51**	-.40**	-.50**	.59**
	A-E	.62**	-.29**	-.39**	-.34**	-.41**	.58**
Separadas	A-R	.70**	-.30**	-.52**	-.47**	-.39**	.72**
	A-E	.55**	-.38**	-.46**	-.26**	-.26**	.58**

Nota: 1=Neuroticismo, 2=Extraversión, 3=Apertura a la Experiencia, 4=Amabilidad, 5=Responsabilidad, 6=Depresión. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Tabla 3
Regresión jerárquica de A-R y A-E en madres CASADAS

Modelos A-R	R ²	ΔR ²	β	t-test
Paso 1. Neuroticismo	.43***	.43	.65***	t=12.3, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.59***	t=10.8, p=.000***
Apertura a la Experiencia	.46**	.03	-.19**	t=-3.4, p=.001**
Paso 3. Neuroticismo			.34***	t=6.4, p=.000***
Depresión	.66***	.19	.51***	t=10.5, p=.000***
Modelos A-E				
Paso 1. Neuroticismo	.30***	.30	.55***	t=9.3, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.50***	t=7.9, p=.000***
Apertura a la Experiencia	.32*	.01	-.13*	t=-2.1, p=.032*
Paso 3. Neuroticismo			.26***	t=4.1, p=.000***
Depresión	.51***	.18	.50***	t=8.5, p=.000***

Nota: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Para estas madres, además de la depresión, la Amabilidad tiene un marcado efecto en la A-R.

Discusión

Un rasgo de personalidad fuertemente asociado con la ansiedad es el Neuroticismo que generalmente

tiene una tendencia a predisponer a las personas a experimentar un afecto negativo (Paulus et al., 2016), e.g., puntajes altos en neuroticismo es un predictor de trastornos de ansiedad (Bienvenu & Brandes, 2005). Esencialmente en este estudio encontramos que el Neuroticismo, además de la depresión fueron variables constantes que se mantuvieron en las cinco

Tabla 4
Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la A-R y A-E de madres en UNIÓN LIBRE

Modelos A-R	R ²	ΔR ²	β	t-test
Paso 1. Neuroticismo	.37***	.37	.60***	t=7.9, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.50***	t=6.1, p=.000***
Extraversión	.41**	.04	-.23**	t=-2.9, p=.004**
Paso 3. Neuroticismo			.37***	t=4.0, p=.000***
Extraversión			-.17*	t=-2.1, p=.038*
Amabilidad	.46*	.03	-.21*	t=-2.6, p=.010*
Paso 4. Neuroticismo			.17*	t=2.2, p=.029*
Depresión	.66***	.20	.63***	t=7.9, p=.000***
Modelos A-E				
Paso 1. Neuroticismo	.18***	.18	.59***	t=8.2, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.50***	t=6.4, p=.000***
Extraversión	.25**	.06	-.22**	t=-2.8, p=.006**
Paso 3. Neuroticismo			.22*	t=2.6, p=.010*
Depresión	.63***	.21	.62***	t=8.0, p=.000***

Nota: **p<0.01, ***p<0.001

Tabla 5
Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la A-R y A-E en madres DIVORCIADAS

Modelos A-R	R ²	ΔR ²	β	t-test
Paso 1. Neuroticismo	.52***	.18	.72***	t=9.6, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.60***	t=7.2, p=.000***
Amabilidad	.57*	.02	-.19***	t=-2.3, p=.020*
Paso 3. Neuroticismo			.57*	t=7.0, p=.000***
Responsabilidad	.60*	.03	-.22*	t=-2.6, p=.011*
Paso 4. Neuroticismo			.40***	t=5.2, p=.000***
Depresión	.70***	.09	.42***	t=5.1, p=.000***
Modelos A-E				
Paso 1. Neuroticismo	.39***	.39	.62***	t=7.6, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.52***	t=6.1, p=.000***
Extraversión	.45**	.06	-.27**	t=-3.2, p=.002**
Paso 3. Neuroticismo			.37***	t=3.8, p=.000***
Depresión	.52*	.06	.34***	t=3.4, p=.000***

Nota: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

regresiones como predictores de la A-R y la A-E, en madres biparentales (casadas y en unión libre) y monoparentales (solteras, separadas divorciadas).

Como se refiere en otros estudios los síntomas depresivos y la ansiedad se relacionan con el nivel de Neuroticismo y con los otros cuatro factores de personalidad, es así que la correlación positiva de estos factores se asocia con altos niveles de ansiedad (Car-

valho & Arruda, 2016; Santos Júnior et al., 2016; van der Veen et al., 2017). Esto sucede debido a que el Neuroticismo contrasta la estabilidad emocional con las emociones negativas, como sentirse ansioso, nervioso, triste y tenso (Akhter & Ibrahim, 2015). los efectos encontrados de la depresión en A-R y A-E en madres biparentales y monoparentales, se confirman con lo reportado en otros estudios que se refieren a la

Tabla 6
Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la A-R y A-E en madres SOLTERAS

Modelos A-R	R ²	ΔR ²	β	t-test
Paso 1. Neuroticismo	.41***	.41	.64***	t=11.5, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.50***	t=8.6, p=.000***
Apertura a la Experiencia	.49***	.07	-.30***	t=-5.1, p=.000***
Paso 3. Neuroticismo			.28***	t=4.2, p=.000***
Apertura a la Experiencia			-.25***	t=-4.1, p=.000***
Depresión	.56**	.06	.31***	t=5.3, p=.000***
Modelos A-E				
Paso 1. Neuroticismo	.36***	.36	.60***	t=10.4, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.52***	t=7.9, p=.000***
Apertura a la Experiencia	.39*	.01	-.14*	t=-2.1, p=.029*
Paso 3. Neuroticismo			.29***	t=4.0, p=.000***
Depresión	.50***	.10	.37***	t=6.0, p=.000***

Nota: **p<0.01, ***p<0.001

Tabla 7

Resumen de análisis de regresión jerárquica para las variables que predicen la A-R y A-E en madres SEPARADAS

Modelos (A-R)	R ²	ΔR ²	β	t-test
Paso 1. Neuroticismo	.48**	.48	.69**	t=9.6, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.58***	t=7.2, p=.000***
Apertura a la Experiencia	.52*	.02	-.19*	t=-2.2, p=.022*
Paso 3. Neuroticismo			.51***	t=6.0, p=.000***
Apertura a la Experiencia			-.18*	t=-2.2, p=.026*
Amabilidad	.55*	.03	-.19*	t=-2.5, p=.011*
Paso 4. Neuroticismo			.37***	t=5.3, p=.000***
Amabilidad			-.13*	t=-2.1, p=.032*
Depresión	.73***	.16	.47***	t=7.5, p=.000***
Modelos A-E				
Paso 1. Neuroticismo	.30***	.30	.54***	t=6.5, p=.000***
Paso 2. Neuroticismo			.47***	t=5.5, p=.000***
Extraversión	.35**	.05	-.25**	t=-2.9, p=.004**
Paso 3. Neuroticismo			.27**	t=2.7, p=.007**
Depresión	.47***	.08	.35***	t=3.9, p=.000***

Nota: *p<0.05, ***p<0.001

depresión como un predictor de la ansiedad (Spence, Najman, Bor, O'callaghan & Williams, 2002; Spinhoven et al., 2011). Sus efectos se asocian con el riesgo de incrementar la comorbilidad de los desórdenes de ansiedad con la depresión mayor (Angulo et al., 2017) con implicaciones negativas para la salud mental de quien padece de depresión.

Se ha demostrado que los rasgos de personalidad tienen un efecto estable en la longevidad de las personas, e.g., la Extraversión y la Responsabilidad predicen vidas más largas, y una baja Amabilidad asociada a la hostilidad, predice una mala salud física (Ozer & Benet-Martínez, 2006). La Extraversión se asocia con las relaciones interpersonales, la socialización, el entusiasmo, la asertividad y emociones positivas (Block, 2010). En este estudio encontramos que la Extraversión predice de manera negativa la A-R y la A-E en madres en unión libre, y solo la A-E en madres divorciadas (ver Tablas 4 y 5), esto sugiere que, si las madres se perciben satisfechas, la A-R y A-E disminuyen, mientras que para las madres divorciadas solo decremente la A-E.

La Apertura a la Experiencia predice negativamente la A-R en madres casadas, separadas y solteras

(ver Tablas 1, 6 y 7) y la A-E únicamente en madres casadas y solteras. Los resultados obtenidos indican un efecto positivo, debido a que su asociación negativa con la A-R y A-E, ocasiona que disminuyan los niveles de este trastorno. En general, las personas con este rasgo de personalidad tienden a ser abiertas, buscan activamente la experiencia y son reflexivas, son sensibles a la atención y receptivas a su entorno (Block, 2010).

La Amabilidad es un rasgo de personalidad que refleja el comportamiento interpersonal de la persona, con una tendencia prosocial relacionada con el altruismo, la gentileza, flexibilidad y paciencia (Graziano & Tobin, 2002). En los resultados obtenidos, la Amabilidad predice la A-R en madres en unión libre y divorciadas (ver Tablas 4 y 5), y en madres separadas (ver Tabla 7) predice la A-E. Los efectos de este rasgo son positivos debido a que con la Amabilidad tiende a disminuirse la A-R y A-E en las madres.

La Responsabilidad solo predijo la A-R en madres divorciadas (ver Tabla 5) lo que sugiere que estas madres tienen un control de sus impulsos, son organizadas, ordenadas y priorizan tareas (Block, 2010).

Todos ellos elementos importantes que pueden disminuir la A-R.

En conclusión, en las madres biparentales, los rasgos de personalidad predictores de la A-R y la A-E fueron cuatro: el Neuroticismo de manera negativa, la Extraversión, la Apertura a la Experiencia y la Amabilidad de manera positiva. Hallazgos similares se encontraron en un estudio de familias biparentales, se reporta que el Neuroticismo de las madres tuvo un efecto negativo y la Amabilidad y la Apertura a la Experiencia un efecto positivo en sus percepciones del funcionamiento familiar (Vollrath, Neyer, Ystrom & Landolt, 2010). Aunque se debe destacar que la Apertura a la Experiencia fue predictor solo en las madres casadas, mientras que Extraversión y Amabilidad, solo en las de unión libre. La importancia de estos tres rasgos de personalidad es que fungen como factores protectores para la A-R y A-E en estas madres, al disminuir sus niveles de ansiedad.

Aunque al inicio de la discusión se abordó las implicaciones para la salud del Neuroticismo y la depresión, resalta que en las madres casadas el Neuroticismo muestra niveles de predicción más altos a diferencia de las de unión libre, circunstancia que las hace más vulnerables a la ansiedad.

En las madres monoparentales, los rasgos predictores de la A-R y A-E fueron cinco, además de los cuatro citados para las madres biparentales, se adicionó el de Responsabilidad. Los efectos de estos rasgos son similares a lo descrito para las madres biparentales, solo que en este grupo, las divorciadas muestran los niveles de predicción de Neuroticismo más alto, y las madres separadas los niveles más altos de predicción de depresión, sobrepasando a las madres biparentales.

Estos hallazgos sugieren que las madres monoparentales muestran una tendencia a la depresión que puede estar asociada con sus responsabilidades, como el ser proveedora, las tareas del hogar y la crianza de los hijos, aunado a la presión social (Berryhill & Durtschi, 2017). Estos factores incrementan su vulnerabilidad para la A-R y la A-E en detrimento de su salud.

Referencias

- Agudelo, D., Spielberger, C. D., & Buela-casal, G. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional? *Salud Mental*, 30(3).
- Akhter, S., & Ibrahim, M. F. (2015). Why Are Some People More Anxious Than Others? the Role of Neuroticism and Extraversion Personality Traits on Anxiety. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(3), 318–320. <https://doi.org/10.15614/ijpp/2015/v6i3/147245>
- Albuquerque, I., Lima, M., Matos, M., & Figueiredo, C. (2012). Personality and Subjective Well-Being: What Hides Behind Global Analyses? *Social Indicators Research*, 105(3), 447–460. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9780-7>
- American Psychological Association. (2010). *Código Ético de la American Psychology Association (2010)* (U. de B. Aires, Ed.). Buenos Aires.
- Angulo, M., Rooks, B. T., Gill, M. K., Goldstein, T., Sakolsky, D., Goldstein, B., ... Birmaher, B. (2017). Psychometrics of the screen for adult anxiety related disorders (SCAARED)- A new scale for the assessment of DSM-5 anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 253 (August 2016), 84–90. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.034>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Beck, A. (1980). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión* (Merck Sharp & Dohme International, Ed.). México.
- Beckmann, N., Birney, D. P., Beckmann, J. F., Wood, R. E., Sojo, V., & Bowman, D. (2020). Inter-individual differences in intra-individual variability in personality within and across contexts. *Journal of Research in Personality*, 85, 103909. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.103909>
- Belsky, J., Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T., & Silva, P. A. (2003). Intergenerational Relationships in Young Adulthood and Their Life Course, Mental Health, and Personality Correlates. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 460–471. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.460>
- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes Across Cultures and Ethnic Groups: Multitrait Multimethod Analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729–750. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.3.729>
- Berryhill, M. B., & Durtschi, J. A. (2017). Understanding Single Mothers' Parenting Stress Trajectories. *Marriage and Family Review*, 53(3), 227–245. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1204406>

- Bienvenu, O. J., & Brandes, M. (2005). The Interface of Personality Traits and Anxiety Disorders. *Primary Psychiatry*, 12(3), 35–39.
- Block, J. (2010). The five-factor framing of personality and beyond: Some ruminations. *Psychological Inquiry*, 21(1), 2–25. <https://doi.org/10.1080/10478401003596626>
- Borelli, J. L., Smiley, P., Bond, D. K., Buttitta, K. V., DeMeules, M., Perrone, L., ... West, J. L. (2015). Parental Anxiety Prospectively Predicts Fearful Children's Physiological Recovery from Stress. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(5), 774–785. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0519-6>
- Briggs, H. E., Cox, W., Sharkey, C. N., Corley, N., Briggs, A. C., & Black, M. (2016). The Role of Behavioral Theory in Model Development Research with Single Parent Families. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(4), 349–363. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0428-y>
- Caldeira, P., T. Costa, G., L. Ferreira, da S., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(3), 147–157. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0044>
- Carvalho, L. de F., & Arruda, W. (2016). Association between anxiety and depression symptoms with pathological personality traits. *Psicología Desde El Caribe*, 33(2), 3–20. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.7290>
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887–898. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90177-D](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90177-D)
- Cummings, E. M., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(5), 479–489. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x>
- de Lange, M., Dronkers, J., & Wolbers, M. H. J. (2014). Single-parent family forms and children's educational performance in a comparative perspective: Effects of school's share of single-parent families. *School Effectiveness and School Improvement*, 25(3), 329–350. <https://doi.org/10.1080/09243453.2013.809773>
- Fadda, D., Scalas, L. F., Quevedo-Aguado, M. P., & Benavente Cuesta, M. H. (2021). The influence of personality factors on well-being through self-esteem: An Italian-Spanish lexical comparative study. *Personality and Individual Differences*, 175, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110663>
- Goldberg, L. R. (1993). The Structure of Phenotypic Personality Traits. *American Psychologist*, 48(26–34), 26–34.
- González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
- Goodman, S. H., & Tully, E. (2006). Depression in women who are mothers: An integrative model of risk for the development of psychopathology in their sons and daughters. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences* (pp. 241–280). New York: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841262.013>
- Graziano, W. G., & Tobin, R. M. (2002). Agreeableness: Dimension of Personality or Social Desirability Artifact? *Journal of Personality*, 70(5), 695–727. doi: 10.1111/1467-6494.05021
- Instituto de Estadística y Geografía. (2019). Estadísticas a propósito de.... Matrimonios y divorcios en México (datos nacionales). Retrieved from https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/matrimonios2019_nal.pdf
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. In L. A. Pervin, & O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research*, (2nd, pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- Joshanloo, M., & Afshari, S. (2011). Big Five Personality Traits and Self-Esteem as Predictors of Life Satisfaction in Iranian Muslim University Students. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 105–113. <https://doi.org/10.1007/s10902-009-9177-y>
- Kouros, C. D., & Cummings, E. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 128–138. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x>
- Lazarus, R. S. (2000). How emotions influence performance in competitive sport. *The Sport Psychologist*, 14(3), 229–252.
- Lipman, E. L., & Boyle, M. H. (2005). Social support and education groups for single mothers: A randomized controlled trial of a community-based program. *Cmaj*, 173(12), 1451–1456. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050655>
- Markman, H. J., & Halford, W. K. (2005). International perspectives on couple relationship education. *Family Process*, 44(2), 139–146. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00049.x

- Mayorga, C., Godoy, M. P., Riquelme, S., Ketterer, L., & Gálvez, J. L. (2016). Relationship between teen behavior problems and interparental conflict in intact and single-parent families. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 107–122. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.48705>
- McCann, S. J. H. (2011). Emotional Health and the Big Five Personality Factors at the American State Level. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 547–560. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9215-9>
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175–215. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x>
- Möttus, R., McCrae, R. R., Allik, J., & Realo, A. (2014). Cross-rater agreement on common and specific variance of personality scales and items. *Journal of Research in Personality*, 52, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.07.005>
- Nofle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40(2), 179–208. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.11.003>
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.012>
- Peabody, D., & De Raad, B. (2002). The substantive nature of psycholexical personality factors: A comparison across languages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 983–997. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.983>
- Raad, B. d., & Perugini, M. (Eds.). (2002). Big five factor assessment: Introduction. In B. de Raad & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment*. (pp. 1–18). US: Hogrefe & Huber Publishers.
- Ray, G. T., Weisner, C. M., Taillac, C. J., & Campbell, C. I. (2017). The high of depression: Family member's health conditions and health care costs. *General Hospital Psychiatry*, 46, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.004>
- Rimehaug, T., & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: The HUNT2 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 713–721. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0110-9>
- Santos Júnior, J. A. dos, Lima, D. V. B., Tenório, S. B., Lopes, A. P., & Feroseli, A. F. de O. (2016). Relação entre traços de personalidade e ansiedade em estudantes universitários. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 4(3), 51–62. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2016v4n3p51-62>
- Şimşek, Ö. F., & Koydemir, S. (2013). Linking Metatraits of the Big Five to Weil-Being and Ill-Being: Do Basic Psychological Needs Matter? *Social Indicators Research*, 112, 221–238. doi: 10.1007/s 11205-012-0049-1
- Sokolowski, K. L., & Israel, A. C. (2008). Perceived anxiety control as a mediator of the relationship between family stability and adjustment. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1454–1461. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.009>
- Spence, S. H., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2002). Maternal Anxiety and Depression, Poverty and Marital Relationship Factors During Early Childhood as Predictors of Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 457–469. doi: 10.1111/1469-7610.00037.
- Spielberg, C. D., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (I.D.A.R.E.)*. México: El manual moderno.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., van Oppen, P., Zitman, F. G., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Positive and negative life events and personality traits in predicting course of depression and anxiety. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 462–473. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01753.x>
- Spokas, M., & Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 543–551. <https://doi.org/10.1007/s10608-008-9227-5>
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2010). Intra-individual change in personality stability and age. *Journal of Research in Personality*, 44(1), 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.09.006>
- van der Veen, D. C., van Dijk, S. D. M., Comijs, H. C., van Zelst, W. H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2017). The importance of personality and life-events in anxious depression: from trait to state anxiety. *Aging and Mental Health*, 21(11), 1177–1183. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1202894>
- Vollrath, M. E., Neyer, F. J., Ystrom, E., & Landolt, M. A. (2010). Dyadic personality effects on family functioning in parents of newly hospitalized children. In *Personal Relationships*, 17, 27–40. doi 10.1111/j.1475-6811.2010.01250.x.

- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3–11.
- Weidmann, R., Ledermann, T., & Grob, A. (2017). Big Five traits and relationship satisfaction: The mediating role of self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 69, 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.06.001>
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Tolejko, N. (2006). Marriage and Depression. In C. L. M. Keyes, & S. H. Goodman (Eds.), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*. (pp. 219–240). New York, NY, US: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841262.012>
- Yu, L., & Wilcox-Gök, V. (2015). The impact of maternal depression on children's cognitive development: An analysis based on panel quantile regressions. *Economics Letters*, 126, 107–109. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.econlet.2014.11.025>



ORIGINAL

Asociación entre Actitudes hacia la Bisexualidad y Binegatividad Internalizada en Personas Bisexuales

Association between Attitudes towards Bisexuality and Internalized Binegativity in Bisexual People

Omar Alejandro Olvera-Muñoz ¹

Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México

Recibido 6 de julio de 2021; aceptado 29 de octubre de 2021

Resumen

En México, las investigaciones científicas sobre binegatividad internalizada son escasas. En el presente estudio, se analizó la relación entre las actitudes hacia la bisexualidad y la binegatividad internalizada en un grupo de personas bisexuales de México. Participaron 100 bisexuales, hombres y mujeres, con un promedio de edad de 26 años. Las variables de interés fueron evaluadas con la Escala de Actitudes hacia la Bisexualidad (EABi-8) y la Escala de Binegatividad Internalizada (EBI). Se identificó niveles altos de aceptación y niveles bajos de rechazo hacia la bisexualidad, ambos factores mostraron una correlación con la binegatividad internalizada. Los resultados de la presente investigación sugieren que la aceptación de la bisexualidad se relaciona de manera inversamente proporcional con la valoración negativa y las ideas monosexistas. Se puede concluir que, ante una valoración positiva de su bisexualidad, las personas bisexuales no incorporan el monosexismo o los prejuicios hacia su orientación sexual. La valoración que las personas bisexuales hagan sobre su bisexualidad, así como la falta de referentes identitarios, pueden ser elementos potenciales para un tratamiento psicoterapéutico que prevenga la binegatividad internalizada.

Palabras Clave: Actitudes; Bisexualidad; Binegatividad internalizada; Rechazo social

¹ Licenciado en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Especialista y Maestro en Maestría en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Estudiante del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2511-3445> Correo electrónico: psic.omar.olvera@hotmail.com. Cel. 553128-36. Domicilio: Anastasio Bustamante #59. Unidad habitacional "La selva" Andador 2. Casa 36. Col Presidentes de México. Código Postal 09740. Alcaldía Iztapalapa, CDMX.

Abstract

In Mexico, scientific research on internalized binegativity is scarce. In the present study, the relationship between attitudes towards bisexuality and internalized binegativity in a group of bisexual people from Mexico was analyzed. 100 bisexuals, men, and women, with an average age of 26 years participated. The variables of interest were evaluated with the Attitudes towards Bisexuality Scale (EABi-8) and the Internalized Binegativity Scale (EBI). High levels of acceptance and low levels of rejection towards bisexuality were identified, both factors showed a correlation with internalized binegativity. The results of the present investigation suggest that the acceptance of bisexuality is inversely related to negative valuation and monosexist ideas. It can be concluded that when faced with a positive assessment of their bisexuality, bisexual people do not incorporate monosexism or prejudice towards their sexual orientation. The assessment that bisexual people make of their bisexuality, as well as the lack of identity referents, can be potential elements for a psychotherapeutic treatment that prevents internalized binegativity.

Keywords: Attitudes; Bisexuality; Internalized binegativity; Social rejection

En la literatura sobre el desarrollo de la identidad bisexual, se han estudiado dos componentes que explican la construcción identitaria de hombres y mujeres bisexuales: la influencia del rechazo social a la bisexualidad (Olvera-Muñoz, 2021a) y el proceso de reflexión individual de asumirse bisexual (Arias, 2019; Flanders, 2017).

En lo referente al primer componente, el papel del rechazo social a la bisexualidad en la configuración de la identidad no es simple: las experiencias de borrado de la bisexualidad deterioran las maneras de enunciarse bisexual (Olvera-Muñoz & Granados, 2017), y a su vez uno de los factores generadores de estrés de las personas bisexuales es la negación de la identidad bisexual (Maimon et al., 2019). En ese sentido, existe una producción científica que evidencia cómo en el imaginario colectivo existen una serie de estereotipos hacia la bisexualidad o a las personas bisexuales (Domínguez, 2017; García et al., 2017), los cuales las asocian con la infidelidad, promiscuidad o inestabilidad emocional y en algunos casos, generan poca satisfacción con la orientación bisexual (CONAPRED, 2018).

Durante el estudio del proceso de reflexión individual de identificarse bisexual, se han descrito aspectos positivos y negativos de dicha construcción identitaria (Flanders, 2017). Ruiz (2019) encontró en mujeres bisexuales, que su orientación sexual les ha permitido relacionarse de manera abierta e inde-

pendiente, pero como aspecto negativo, señalan la preocupación por la aceptación de sus seres queridos o la violencia que pueden sufrir en el espacio público. En contraste, algunas personas bisexuales refieren no sentirse cómodos con ser bisexual (Feinstein et al., 2020) o sentirse “confundidos” sobre la bisexualidad debido a la ausencia de referentes identitarios para comprender su orientación sexual o a que se asocia a la bisexualidad con algo negativo (Rodríguez & Facal, 2019; Zivony & Lobel, 2014).

A pesar del énfasis que se ha hecho en estudios previos sobre la influencia de la valoración negativa sobre la bisexualidad en la salud de personas bisexuales (Eisenberg, 2019; Hequembourg, 2020; Nadela, 2019; Olvera-Muñoz, 2021b), investigaciones recientes han generado controversia debido a que se ha identificado una incorporación, por parte de algunas personas bisexuales, de la binegatividad internalizada al momento de asumirse bisexuales. Por binegatividad internalizada se entiende el espectro de acciones que se realizan como parte del rechazo social hacia la bisexualidad y a las personas bisexuales por hombres y mujeres que se asumen como bisexuales (Olvera-Muñoz, 2021c) e integra la valoración negativa de la bisexualidad y las ideas monosexistas. Por ejemplo, ciertos hombres y mujeres bisexuales podrían reproducir las ideas monosexistas (Guijarro 2021; Zamora, 2020), en las cuales se relacione su bisexualidad con una “etapa” en la que van a elegir,

única y exclusivamente, a un objeto de deseo, pero no a ambos. En otras palabras, hombres y mujeres bisexuales pueden referir que se encuentran en un “momento de transición” ante la elección de su “verdadera” orientación sexual.

Sobre el estudio de las actitudes hacia la bisexualidad, entendidas como valoraciones favorables o desfavorables dirigidas a personas bisexuales o a la bisexualidad, Olvera-Muñoz (2020a, 2020b) sostiene que hombres y mujeres tienen actitudes de aceptación hacia su orientación bisexual y no reportan problemáticas en el ejercicio de su sexualidad con sus parejas hombres y mujeres, si se presentan, generalmente son los hombres los que manifiestan alguna insatisfacción con su orientación sexual.

En los estudios sobre actitudes hacia la bisexualidad, se ha señalado las valoraciones que hacen las personas heterosexuales u homosexuales sobre la bisexualidad (Rodríguez & Facal, 2019). Como ejemplo ilustrativo, García y colaboradores (2017) encontraron en jóvenes universitarios que 32% de los participantes están entre algo y muy de acuerdo con la afirmación «los bisexuales son unos viciosos». Del mismo modo, Hernández y colegas (2017), tras encuestar a estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, enuncian que 12.3% de estudiantes afirman que «bisexuales y homosexuales están enfermos». Sin embargo, actualmente no es clara la actitud que tengan las personas bisexuales de su propia orientación sexual. La literatura que analiza lo enunciado por las propias personas bisexuales es escasa (Floro, 2018).

A pesar de los intentos previos por estudiar las actitudes hacia la bisexualidad o la binegatividad internalizada, actualmente no es bien conocida su asociación. Es por esto que Perera y Arenas (2019), proponen un modelo procesual de construcción de la identidad bisexual de seis fases: a) curiosidad por experimentar; b) obstáculos; c) confusión en el desarrollo de la identidad bisexual; d) conformidad parcial con la identidad bisexual; e) reconocimiento de la bisexualidad como orientación sexual; f) yo soy así. En este modelo, se puede identificar la influencia de las valoraciones o actitudes hacia la bisexualidad

que tienen las personas bisexuales y que pueden influir en el desarrollo de la binegatividad internalizada.

Recapitulando, se ha estudiado las actitudes hacia la bisexualidad en personas homosexuales y heterosexuales, pero se ha dejado de lado el estudio de estas actitudes en personas bisexuales y su vinculación con el rechazo social a su propia bisexualidad. En ese orden de ideas, Kirby y colaboradores (2021) indica que existe la necesidad de abordar la identidad bisexual ya que ello permitiría tener una mejor comprensión de la bisexualidad. Aunque las investigaciones sobre actitudes hacia la bisexualidad y la constitución identitaria de la orientación bisexual han aportado información para comprender la interacción entre ambas variables, en este momento no es claro cómo es que las actitudes de hombres y mujeres bisexuales hacia la bisexualidad influyen en la valoración que tienen sobre su propia orientación sexual.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre las actitudes hacia la bisexualidad y la binegatividad internalizada en un grupo de personas bisexuales de México.

Método

Diseño

Se planteó un estudio no experimental, con un enfoque cuantitativo, alcance correlacional y con una temporalidad de recolección de datos trasversal (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Participantes

La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia y estuvo constituida por 100 bisexuales. De las personas participantes, el 59% se identificó como mujer cisgénero 59%, el 33% como hombre cisgénero, el 7% como persona no binaria y el 1% como hombre trans. En lo correspondiente a la edad, tenían entre 18 a 40 años ($M=26.06$, $D.E.=4.67$). En el nivel educativo se identificó que el 59% concluyó

licenciatura, el 25% terminó preparatoria, el 5% se encuentra en licenciatura en curso, el 4% finalizó maestría, el 3% tiene una carrera técnica, el 2% finalizó secundaria y el 1% tiene licenciatura trunca, también el 1% concluyó doctorado. Sobre el lugar de residencia, el 48% viven en la Ciudad de México, el 27% en el Estado de México y el 25% residen en otros estados de la República.

Instrumentos

Escala de Actitudes Hacia la Bisexualidad de Olvera-Muñoz (2018), consta de 8 ítems organizados en dos dimensiones: actitudes de rechazo y actitudes de aceptación. Tiene una opción de respuesta tipo Likert de 1 (Totalmente de acuerdo) a 4 (Totalmente en desacuerdo). La escala ha sido validada en México y ha mostrado una consistencia interna por encima del 0.80 (Olvera-Muñoz, 2018). Para su interpretación, deben sumarse los puntos obtenidos de cada dimensión y se interpretan de manera independiente. Los criterios de calificación son: Un puntaje de 4 - 8 representa rechazo leve / alta aceptación, de 9 - 12 se refiere a rechazo moderado / aceptación media y de 13 a 16 significa rechazo grave / aceptación baja. Generalmente, cuando una dimensión presenta puntajes altos, la otra tiende a mostrar puntajes bajos. Además, para la presente investigación, la dimensión de actitudes de rechazo presentó una consistencia interna de 0.48 mientras que la consistencia interna de la dimensión de actitudes de aceptación fue de 0.74.

Escala de Binegatividad Internalizada de Olvera-Muñoz (2021), cuenta con 6 ítems organizados en dos dimensiones: valoración negativa e ideas monosexistas. Cada dimensión cuenta con 3 ítems con una opción de respuesta tipo Likert 1 (Totalmente en desacuerdo) a 4 (Totalmente de acuerdo). La escala ha sido validada en México y ha mostrado una consistencia interna por encima del 0.70 (Olvera-Muñoz, 2021). Para obtener el puntaje total de la escala debe seguirse la siguiente fórmula: Total del puntaje de la dimensión valoración emocional negativa + Total del puntaje de la dimensión ideas monosexistas = Puntaje

total de la Escala de Binegatividad Internalizada. Sin embargo, los datos pueden interpretarse de manera independiente para cada subescala. Para ambas subescalas un puntaje de 3 - 5 es bajo, de 6 a 9 medio y de 10 a 12 alto. En el presente estudio, la dimensión valoración negativa reflejó una consistencia interna de 0.74, mientras que la dimensión ideas monosexistas mostró una consistencia interna de 0.80.

Procedimiento

Las aplicaciones se realizaron en línea mediante la generación de un formulario de *Google*. Dicho formulario, se socializó por medio de la red social *Facebook* en espacios dedicados a la difusión de temáticas sobre sexualidad y grupos de personas bisexuales. Se solicitó que únicamente dieran respuesta personas autoidentificadas como bisexuales. El formulario tenía las instrucciones para su resolución y contenía un apartado sobre las consideraciones éticas. Por tanto, se aseguró que los datos serían usados únicamente con fines de investigación y se buscó ceñirse a lo planteado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Cámara de Diputados, 2014) en su Título segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, es decir: Prevalió el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las personas bisexuales.

Análisis estadísticos

La información recabada se organizó en una base de datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS (v.19). Los análisis que se realizaron fueron frecuencias de las dimensiones de ambas escalas, posteriormente, se realizó una prueba de correlación de Pearson para las dimensiones de la Escala de Actitudes Hacia la Bisexualidad y la Escala de Binegatividad Internalizada. Finalmente, se realizó un análisis de regresión lineal simple entre las subescalas en las que se encontró una correlación significativa.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados de los análisis estadísticos. Primero, se describen los puntajes de las dimensiones de cada escala, posteriormente, los análisis sobre las correlaciones por medio del coeficiente de correlación de Pearson para las dimensiones de cada subescala y por último, los hallazgos de la regresión lineal entre las subescalas en las que se encontró una correlación significativa.

Se obtuvieron los datos de las medias y desviaciones estándar de cada una de las dimensiones de las diferentes escalas y se interpretó el nivel que tenía el grupo de personas bisexuales (ver Tabla 1). En ese orden de ideas, en la escala de actitudes hacia la bisexualidad, la dimensión de rechazo refleja la existencia de bajas actitudes de rechazo hacia la bisexualidad ($M=4.25$). En contraste, en la dimensión de aceptación se encontraron altas actitudes de aceptación hacia la bisexualidad ($M=15.52$). Por su parte, en la escala de binegatividad internalizada la valoración negativa ($M=4.06$) y la dimensión de ideas monosexistas ($M=4.25$), reflejan puntajes bajos de binegatividad internalizada.

Para la presentación de los datos del análisis correlacional, se describen las relaciones que fueron

estadísticamente significativas en las escalas aplicadas (ver Tabla 2). Se encontró una relación positiva entre actitudes de rechazo hacia la bisexualidad e ideas monosexistas ($r = .249$ $p<.05$). De la misma manera, se identificó una relación inversamente proporcional entre actitudes de aceptación hacia la bisexualidad y valoración negativa ($r = -.207$ $p<.05$) e ideas monosexistas ($r = -.285$ $p<.01$).

Finalmente, se realizaron tres análisis de regresión lineal simple para identificar el papel que tienen las actitudes hacia la bisexualidad en las ideas monosexistas y la valoración negativa hacia la bisexualidad por parte de hombres y mujeres bisexuales. De manera general, la primera regresión lineal presentó una $R=0.249$, una $R^2=0.062$ y una $AR^2=0.053$ (ver Tabla 3).

Por otra parte, el segundo análisis de regresión línea reflejó una $R=0.207$, una $R^2=0.081$ y una $AR^2=0.072$ (ver Tabla 4). Finalmente, el tercer análisis de regresión lineal nuestra una $R=0.285$, una $R^2=0.043$ y una $AR^2=0.033$ (ver Tabla 5).

De estos resultados se puede concluir que las actitudes de rechazo y aceptación hacia la bisexualidad tienen un papel importante para la incorporación de ideas monosexistas o valoración negativa de su

Tabla 1
Medias, desviaciones estándar e interpretación de cada dimensión

Dimensión	Media ($\bar{X}$)	Desviación estándar ($\pm$)	Interpretación (Nivel)
Rechazo	4.25	0.85	Rechazo leve
Aceptación	15.52	1.65	Aceptación alta
Valoración Negativa	4.06	1.94	Valoración negativa baja
Ideas Monosexistas	4.25	2.20	Monosexismo bajo

Tabla 2
Correlaciones bivariadas entre las dimensiones de cada escala

	1	2	3	4
1. Rechazo	-----			
2. Aceptación	-.192	-----		
3. Valoración Negativa	.166	-.207*	-----	
4. Ideas Monosexistas	.249*	-.285**	-.106	-----

Nota: *. La correlación es significativa a un nivel de 0.05; **. La correlación es significativa a un nivel de 0.01.

Tabla 3
Resumen del modelo de regresión lineal entre actitudes de rechazo e ideas monosexistas

Independiente	Dependiente Ideas monosexistas									
	R	R ²	R ² Ajustado	EE	DW	F	Coeficientes no Estandarizados		t	β
							B	Error típico		
Actitudes de rechazo a la bisexualidad	.249	.062	.053	2.14	1.84	6.50*	.643	0.252	2.55	.249
							Cons 1.51	1.09	1.39	

Nota: *p< 0.05; EE = Error de Estimación; DW= Durbin-Watson; Cons = Constante

Tabla 4
Resumen del modelo de regresión lineal entre actitudes de aceptación e ideas monosexistas

Independiente	Dependiente Ideas monosexistas									
	R	R ²	R ² Ajustado	EE	DW	F	Coeficientes no Estandarizados		t	β
							B	Error típico		
Actitudes de aceptación a la bisexualidad	.285	.081	.072	2.12	1.74	8.65*	-.380	0.129	-2.9	-.285
							Cons 10.15	2.01	5.03	

Nota: *p< 0.05; EE = Error de Estimación; DW= Durbin-Watson; Cons = Constante

Tabla 5
Resumen del modelo de regresión lineal entre actitudes de aceptación y valoración negativa

Independiente	Dependiente Valoración negativa									
	R	R ²	R ² Ajustado	EE	DW	F	Coeficientes no Estandarizados		t	β
							B	Error típico		
Actitudes de aceptación a la bisexualidad	.207	.043	.033	1.91	1.66	4.39*	-.244	0.116	-2.0	-.207
							Cons 7.84	1.81	4.32	

Nota: *p< 0.05; EE = Error de Estimación; DW= Durbin-Watson; Cons = Constante

orientación bisexual. Por ejemplo, las actitudes de aceptación hacia la bisexualidad se relacionan de manera negativa con ambas subescalas de la binegatividad internalizada e influyen en que las personas valoren de manera positiva su orientación sexual y se sientan cómodas con ella.

Discusión

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre las actitudes hacia la bisexualidad y la binegatividad

internalizada en un grupo de personas bisexuales de México. Al igual que otros estudios (Olvera-Muñoz, 2014; Perera & Arenas, 2019; Ruiz, 2019), se encontraron valoraciones negativas y positivas hacia la bisexualidad por parte de las personas bisexuales. Particularizando en las valoraciones positivas de la bisexualidad, los resultados de la presente investigación se asemejan a los reportados por Olvera-Muñoz (2020a; 2020b), quien refiere que generalmente hombres y mujeres bisexuales presentan una actitud de aceptación alta hacia su bisexualidad.

Tal y como lo reportan Perera y Arenas (2019), el proceso de construcción identitaria de la bisexualidad puede integrar, en sus comienzos, auto-cuestionamientos sobre la atracción hacia hombres y mujeres para luego sentir más comodidad consigo mismo/a y, como resultado, lograr reconocerse como bisexual. Por tanto, durante este momento de reflexión sobre aceptar las características de la orientación bisexual (Arias, 2019), algunos hombres y mujeres puede incorporar valoraciones negativas de su propia orientación sexual (Feinstein et al., 2020; Zamora, 2020).

En el estudio se encontró una asociación entre las actitudes de rechazo y las ideas monosexistas. Esto, resultó coincidente a lo señalado por Guijarro (2021) sobre el modelo de construcción identitaria de la bisexualidad, según el cual, las personas bisexuales pueden reproducir el monosexismo y valoración negativa de la bisexualidad, ello se explica a través de la falta de referentes identitarios alejados de la devaluación de la bisexualidad (Rodríguez & Facal, 2019; Zivony & Lobel, 2014).

Dicho de manera diferente, la posible asociación de la bisexualidad y las personas bisexuales con algo negativo, que presenten hombres y mujeres auto-definidos con esta orientación sexual, se atribuye a las valoraciones sociales que la población hace hacia dicha orientación (Dodge et al., 2016; Hertlein et al., 2016) y a la falta de referentes con los cuales algunas personas bisexuales puedan identificarse (Olvera-Muñoz & Granados, 2017; Yáñez, 2019).

Sobre los resultados obtenidos para la asociación de las actitudes hacia la bisexualidad y la binegatividad internalizada es importante señalar que son congruentes con los obtenidos por investigadores mexicanos (Olvera-Muñoz, 2021c) y resultan parecidos a los hallazgos de teóricos de España (Díaz, 2017), en donde se enuncia que la interiorización del rechazo a la bisexualidad por parte de personas bisexuales es resultado de la asimilación de ideas monosexistas socializadas en la cultura. Asimismo, otros estudios (Brewster & Moradi, 2010) reportan que la binegatividad internalizada se asoció positivamente con la angustia psicológica para las personas bisexuales y en EE.UU Brewster (2011), tras un estudio con

personas bisexuales, encuentra que la binegatividad internalizada se correlacionó negativamente con la satisfacción con la vida ($r = -.20$ $p < .001.$) y la autoestima ($r = -.27$ $p < .001.$) de hombres y mujeres bisexuales.

Cabe destacar que, para autores como Yáñez (2019) el reconocimiento de las diversas expresiones de la bisexualidad coadyuva a una desmitificación de la bisexualidad y en consecuencia, permite que los auto-cuestionamientos que algunas personas bisexuales se hagan estén alejados de la valoración negativa de la bisexualidad. Esto, serviría para explicar las asociaciones negativas entre las actitudes positivas a la bisexualidad y la valoración negativa hacia la bisexualidad reportadas en el presente estudio.

Para concluir esta sección de discusión es necesario comentar los alcances y limitaciones científicas del estudio. En breve, se trató de una investigación de corte transversal con una muestra seleccionada por conveniencia en grupos de Facebook donde socializan personas bisexuales y con instrumentos de autoinforme, uno de ellos con una subescala con una consistencia interna baja (Reidl-Martínez, 2013). Se requiere explorar la construcción de la identidad bisexual en investigaciones longitudinales ya que la literatura científica la concibe de manera procesual (Perera & Arenas, 2019). Por tanto, algunas personas bisexuales pueden identificar aspectos positivos y negativos en su construcción identitaria que van cambiando con el tiempo (Arias, 2012; Perera & Arenas, 2019; Ruiz, 2019).

En investigaciones futuras será necesario el uso de instrumentos con mejores indicadores de confiabilidad o desarrollarlos de manera tal, que contengan adecuadas propiedades psicométricas. Aunado a la consideración de que empleo de instrumentos de autoinforme, aumenta la probabilidad de obtener respuestas sesgadas por deseabilidad social. Además de poder ampliar el número de muestra, es necesario recolectar datos con una muestra seleccionada en espacios de socialización distintos. Lo anterior, debido a que al tener interacción en espacios de difusión de información sobre bisexualidad pueden encontrarse en una construcción identitaria mucho más favoreci-

da y por ello, podría ser que las personas partícipes del estudio hayan presentado bajos niveles de binegatividad internalizada.

A pesar de las limitaciones referidas se confirmó la asociación entre las actitudes hacia la bisexualidad y la binegatividad internalizada en personas bisexuales de México, las actitudes de rechazo hacia la bisexualidad se relacionan con una incorporación del monosexismo o la noción de “tener” que elegir únicamente ser heterosexual u homosexual. En conclusión, para este estudio las actitudes de aceptación hacia la bisexualidad se relacionan de manera inversamente proporcional con la valoración negativa y las ideas monosexistas. Por tanto, ante una valoración positiva de su bisexualidad las personas bisexuales no incorporan el monosexismo o los prejuicios hacia la bisexualidad.

La valoración que las personas bisexuales hagan sobre su bisexualidad, así como la falta de referentes identitarios, pueden ser elementos potenciales para un tratamiento psicoterapéutico que prevenga la binegatividad internalizada y con ello coadyuven a una construcción identitaria más allá de la valoración negativa hacia la bisexualidad y permitan a las mujeres y hombres bisexuales sentir comodidad con su orientación sexual.

Referencias

- Arias, L. (2019). *Ni ½ heterosexual ni ½ homosexual. Soy bisexual*. México: Altres Costa-Amic editores.
- Brewster, M. & Moradi, B. (2010). Perceived anti-bisexual prejudice experiences: Scale development and evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 451-468. <https://doi.org/10.1037/a0021116>
- Brewster, M. (2011). The roles of cognitive flexibility, bi-cultural self-efficacy, and minority stress in the mental health of bisexual individuals (Doctoral dissertation). University of Florida. Florida.
- Cámara de Diputados. (2014). *Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. Cámara de Diputados. diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. (2018). Encuesta sobre discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación y Comisión Nacional de Derechos Humanos. México. Recuperado de: <https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/ENDOSIG%20141218%20%281%29.pdf>
- Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M., Schick, V., Fu, T., Bostwick, W., Bartelt, E., Muñoz-Laboy, M., Pletta, D., Reece, M. & Sandfort, T. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States. *PLoS One*, 11(10), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164430>
- Domínguez, I. (2017). *Bifobia. Etnografía de la bisexualidad en el activismo LGBT*. España: EGALES EDITORIAL.
- Eisenberg, M., Gower, A., Rider, N., McMorris, B. & Coleman, E. (2019). At the Intersection of Sexual Orientation and Gender Identity: Variations in Emotional Distress and Bullying Experience in a Large Population-based Sample of U.S. Adolescents. *J LGBT Youth*, 16(3), 235-254. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1567435>
- Feinstein, B., Xavier, C., Dyar, C. & Davila, J. (2020). Motivations for Sexual Identity Concealment and Their Associations with Mental Health among Bisexual, Pansexual, Queer, and Fluid (Bi+) Individuals. *Journal of Bisexuality*, 20(3), 324-341. <https://doi.org/10.1080/15299716.2020.1743402>
- Flanders, C. (2014). *Experiencing bisexual identity: the effect of identity threat and identity verification on bisexual individuals. (Doctoral dissertation)*. University of Hawai'i. Mānoa.
- Flanders, C. (2017). Under the Bisexual Umbrella: Diversity of Identity and Experience. *Journal of Bisexuality*, 17(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15299716.2017.1297145>
- Floro, M. (2018). *In between: what the experiences of biracial, bisexual women tell us about identity formation (Doctoral dissertation)*. Loyola university chicago. Chicago.
- García, M., García, D., Castro, J. Giménez C. & Ballester, R. (2017). Bifobia en jóvenes universitarios: diferencias entre géneros. *Agora de salud*, 6, 153-161. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2017.4.16>
- Guijarro, M. (2021). La identidad bisexual. La bisexualidad más allá de los estereotipos. *Sexpol. Revista de información sexológica*, 140, 12-15.
- Hequembourg, A., Livingston, J. & Wang, W. (2020). Prospective associations among relationship abuse, sexual harassment and bullying in a community sample of sexual minority and exclusively heterosexual youth. *Journal of Adolescence*, 1-31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.06.010>

- Hernández, Y., Peláez, F., Serrano, A., Cedillo, M. y Venegas, O. (2017). Creencias, actitudes y prácticas en sexualidad en estudiantes de psicología clínica de la universidad Católica de Cuenca. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 307-336.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza. C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill.
- Hertlein, K., Hartwell, E. & Munns M. (2016): Attitudes Toward Bisexuality According to Sexual Orientation and Gender. *Journal of Bisexuality*, 1-22. <https://doi.org/10.1080/15299716.2016.1200510>
- Kirby, T., Merritt, S., Baillie, S., Malahy, L. & Kaiser, C. (2021). Combating Bisexual Erasure: The orrespondence of Implicit and Explicit Sexual Identity. *Social Psychological and Personality Science*, 12(8), 1415-1424. <https://doi.org/10.1177/1948550620980916>
- Maimon, M., Sanchez, D., Albuja, A. & Howansky, K. (2019): Bisexual identity denial and health: Exploring the role of societal meta-perceptions and belonging threats among bisexual adults. *Self and Identity*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/15298868.2019.1624275>
- Nedela, M. (2019). *Bisexual Relationships: Investigating the Impact of Attitudes Regarding Bisexuality on Relationship Satisfaction Among Female Same-Gender Couples* (Doctoral dissertation). Virginia Polytechnic Institute and State University. Blacksburg, VA.
- Olvera-Muñoz, O. (2014). Bisexualidad: una Mirada desde Orientaciones Sexuales. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías*, 3(1), 56-72.
- Olvera-Muñoz, O. (2018). Construcción de una versión reducida de la escala de actitudes hacia la bisexualidad. *Alternativas cubanas en Psicología*, 6(17), 74-81.
- Olvera-Muñoz, O. (2020). El rechazo social de la bisexualidad: un estudio sobre hombres y mujeres bisexuales. *Federación Mexicana de Psicología*, A.C. 1-12.
- Olvera-Muñoz, O. (2020). Perfil de bienestar sexual subjetivo en personas bisexuales de México. *Federación Mexicana de Psicología*, A.C, 17, 1-14.
- Olvera-Muñoz, O. (2021). Validez y confiabilidad de la escala de binegatividad internalizada en personas bisexuales de México. *Integración Académica en Psicología*, 9(26), 111-120.
- Olvera-Muñoz, O. y Granados, J. (2017). *La experiencia de varones homosexuales y bisexuales en torno al rechazo social, la violencia y su impacto en la salud mental*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Olvera-Muñoz. O. (2021). Revisión sobre la investigación de los daños a la salud en varones bisexuales de la Ciudad de México. *El Consejo Revista digital*, 1(1), 138-145.
- Olvera-Muñoz. O. (2021a). Terapias de conversión sexual y daños a la salud: la vivencia de varones no heterosexuales. *Alternativas cubanas en Psicología*, 9(26), 149-155.
- Perera, J. & Arenas, Y. (2019). Development of Bisexual Identity. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1669-1678. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04382019>
- Reidl-Martínez, L. (2013). Confiabilidad en la medición. *Investigación en Educación Médica*, 2(6), 107-11.
- Rodríguez, L. & Facal, T. (2019). Imaginarios, mitos y actitudes frente a la bisexualidad en estudiantes de Trabajo Social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(17), 20-40. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v9i17.8951>
- Ruiz, A. (2019). Bisexualidad femenina según testimonios de mujeres de República Dominicana (Tesis doctoral). Universidad de Almería. Almería
- Yáñez, J. (2019). *Aristas urbanas de lo bisexual*. México: Plataforma Alterna.
- Zamora, E. (2020). Programa de mejora de la calidad de vida autopercebida en personas bisexuales (Tesis de maestría). Centro Universitario Cardenal Cisneros Universidad de Alcalá. España.
- Zivony, A. & Lobel, T. (2014). The Invisible Stereotypes of Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 76, 19-31. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0263-9>



ORIGINAL

Caso Simulado Estandarizado: Evaluación Conductual en Profesionales de la Salud en Adicciones¹

Standardized Simulated Case: Behavioral Assessment in Health Professionals in Addictions

Violeta Félix Romero ², Dulce Karen Ortiz Gómez, Silvia Morales Chainé, y Carolina Uriarte Rojo

Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Recibido 25 de agosto de 2021; aceptado 4 de noviembre de 2021

Resumen

El uso de casos simulados se ha convertido en una importante estrategia de evaluación de habilidades de profesionales de la salud en el contexto de entrenamiento en psicología clínica e investigación, facilitando la práctica y retroalimentación oportuna en un ambiente controlado, reduciendo potenciales problemas éticos. El propósito del estudio fue desarrollar y estandarizar un caso simulado como estrategia de evaluación conductual de competencias en profesionales de la salud en adicciones que implementan intervenciones breves. Se entrenaron seis confederados en la aplicación del caso simulado a través de un guion estandarizado representativo de un caso típico de consumo de alcohol, instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación durante 32 ensayos. Posteriormente, los confederados implementaron el caso simulado con ocho profesionales de la salud en formación en cuatro momentos de evaluación y la ejecución conductual de los participantes fue evaluada mediante una lista de cotejo. Los resultados mostraron que los confederados alcanzaron un nivel de estandarización del caso simulado de 83.3%, acuerdos intra-observador entre el 83% y el 100% y acuerdos inter-observador entre 76% y 100%. El caso simulado resultó sensible para identificar el incremento de habilidades en profesionales de la salud en cuatro momentos de su formación en las áreas de análisis funcional (21%) y planeación de conducta alternativa (29.6%). Se discute la utilidad de la estrategia de caso simulado como una herramienta válida de entrenamiento y evaluación de competencias profesionales.

Palabras Clave: Casos simulados; Profesionales de la salud; Evaluación conductual; Implementación de intervenciones; Adicciones

¹ Las autoras declaran no tener conflictos de interés y agradecen el financiamiento a DGAPA-PAPIIT IV300121

² Contacto: Violeta Félix Romero, correo electrónico: violeta.flix@gmail.com

Abstract

The use of simulated cases has become an important strategy for skill assessment in health professional training, clinical psychology and research, promoting practice and feedback in a controlled environment, reducing potential ethical problems. The aim of the study was to develop and standardize a simulated case as strategy for the behavioral assessment of competencies in health professionals in addictions who implement brief interventions. Six confederates were trained in the application of the simulated case with a standardized script representative of a typical case of alcohol abuse, verbal instruction, modeling, role playing, and feedback in 32 trials. The confederates implemented the simulated case with eight health professionals in training in four stages of assessment and participants' performance was assessed using a checklist. The results showed that the confederates reached and adherence level to the script higher than 80%, intra-observer reliability between 83% and 100% and inter-observer reliability between 76% and 100%. The simulated case was sensitive to identify the increase in health professional's skills in four moments of their training in the areas of functional analysis (21%) and alternative behavior planning (29.6%). The usefulness of the simulated case strategy as a valid tool for training and evaluation of professional competencies is discussed.

Keywords: Simulated cases; Health professionals; Behavioral assessment; Implementation of interventions; Addictions

La práctica basada en evidencia en el campo de las adicciones requiere que los profesionales de la salud adopten esta perspectiva en su quehacer profesional para asegurar con mayor probabilidad que la implementación de las intervenciones sea efectiva en la población que atienden (American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practices, 2006).

Considerando la conducta del profesional de la salud como un aspecto central para la efectividad de intervenciones, es necesario evaluar su implementación de procedimientos basados en evidencia (Garland, Bickman, & Chorpita, 2010). Para ello, de acuerdo con Fairburn y Cooper (2011) existen medidas directas de conocimiento y medidas sobre habilidades de implementación. Las medidas directas de conocimiento se limitan a la evaluación de conceptos o aspectos teóricos y procedimientos. Por otro lado, las medidas sobre las habilidades de implementación evalúan la aplicación de conocimientos a la práctica clínica mediante tres métodos principales: 1) resultados de la intervención a través de indicadores como egreso o deserción y la evolución del individuo que asiste a una intervención (pre y post evaluaciones, encuestas de satisfacción y auto reportes; Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen & Dayton, 2006);

2) evaluación en las sesiones de tratamiento (uso de escalas, observación de sesiones de intervención, uso de expedientes clínicos documentando los resultados de pruebas, instrumentos o baterías; Yap et al., 2021); y 3) evaluación mediante juego de roles o pacientes simulados (Bennett et al., 2007; Lane, Hood, & Rollnick, 2008; Moore & Fisher, 2007).

El uso de casos simulados como estrategia de evaluación es ampliamente aceptado en el campo de la medicina desde hace 40 años (Barrows, 1968; Eages et al., 2007) y a partir de ello se ha diseminado y adaptado por un amplio rango de disciplinas y programas de formación de recursos humanos (Patel et al., 2021), convirtiéndose en una importante fuente de evaluación de habilidades clínicas que cobra relevancia en el contexto de entrenamiento en psicología clínica e investigación (de la Croix & Skeleton, 2013; Hodges et al., 2014; Kühne et al., 2018; Kühne, Maab & Weck, 2020; Roberts, Oxlad, Dorstyn & Chur-hansen, 2020), pues ofrece numerosas ventajas facilitando que las habilidades sean practicadas y retroalimentadas oportunamente, por lo que las dificultades en la implementación de procedimientos pueden reducirse en la medida en la que los profesionales desarrollan sus competencias gradualmente con pacientes simulados antes de los reales (Borrows,

1993; Kühne et al., 2018; Patel, et al., 2021). Esto reduce potenciales problemas éticos y ofrece la posibilidad de exponer al profesional en formación a un nivel de dificultad consistente en la respuesta de las personas atendidas, posibilitando que los terapeutas muestren sus habilidades en sesiones de entrenamiento controladas y en ambientes seguros de aprendizaje (Hodges, 2002; Brenner, 2013; Phesiter et al., 2017). Algunos estudios como el de Herchenröther et al. (2021) han demostrado incluso beneficios superiores para la formación de terapeutas empleando casos simulados en comparación con el uso de tutorías y juegos de roles.

Si bien existe un amplio rango de términos, desde situaciones simuladas, juego de roles estandarizados, pacientes estandarizados, pacientes programados o preparados hasta pacientes entrenados, los conceptos de paciente simulado o caso simulado estandarizado son los más prevalentes en la literatura. Los casos simulados estandarizados se presentan por confederados entrenados que representan a una persona atendida y brindan a los evaluados respuestas consistentes e invariables durante la interacción, guiándola mediante la presentación de estímulos específicos que permiten mostrar competencias particulares por parte de los terapeutas (de la Croix & Skeleton, 2013; Lane, Hood & Rollnick, 2008; Moore & Fisher, 2007; Pheister et al., 2017).

En contraste con el juego de roles simple, que implica una interacción improvisada, en los casos simulados estandarizados los confederados reciben entrenamiento que resulta fundamental para asegurar la confiabilidad y validez de este método de evaluación (Brenner, 2013). Al respecto, estudios como el de Iwata et al. (2000), emplean la fidelidad del procedimiento y el porcentaje de acuerdo entre observadores como medidas de validez de los casos simulados. Otros autores como Ay-Brason, Weck y Kühne (2020) consideran importante evaluar la autenticidad del caso, es decir que no sea posible distinguir la simulación de un caso real o la credibilidad (Pleines Dantas Seixas, Speier & Künzler, 2021). Por otro lado, Bennett et al. (2007), propusieron que el indicador de consistencia de un caso simulado implica

obtener resultados similares en un mismo evaluado a pesar de que la situación sea aplicada por distintos confederados y el indicador de validez implica que las personas que a priori se espera difieran de otras, deberán mostrar resultados distintos al ser evaluados con el mismo caso simulado.

Para asegurar la validez y confiabilidad de las situaciones simuladas, algunos autores como Iwata et al. (2000), entrenaron estudiantes de pregrado quienes simulaban ser personas atendidas, a partir del desarrollo de guiones que definen operacionalmente la ocurrencia de varias conductas de la persona atendida durante una evaluación simulada, y con ello, los estudiantes alcanzaron más del 95% de acuerdo en tres sesiones seguidas. En otro estudio realizado por Brunner et al. (2015), participaron 27 actores entrenados como pacientes estandarizados quienes realizaron visitas sin anunciar a un grupo de fisioterapeutas, basándose en una viñeta clínica. Recientemente, Kruse et al. (2019) entrenaron a pacientes simulados en uno de los cuatro guiones que representaban pacientes típicos, la preparación del paciente simulado fue validada por el actor, el autor y tutores.

Actualmente existe evidencia del uso de casos simulados estandarizados en el campo de las adicciones. Particularmente en México se realizó un estudio de evaluación de habilidades de consejo breve mediante situaciones simuladas por Morales et al. (2013), quienes llevaron a cabo un entrenamiento dirigido a promotores de la salud cuyo objetivo fue habilitar a profesionales y no profesionales de la salud en la aplicación de Consejo Breve mediante el programa IDEAS. Los participantes fueron evaluados en una situación simulada de 30 minutos de duración. Los confederados daban instrucciones a los participantes y utilizaban un guion con diez estímulos que debían presentar. La evaluación a través de casos simulados permitió evaluar el efecto de distintas condiciones de entrenamiento.

Otro estudio en el campo de las adicciones fue desarrollado por Bennett, et al. (2007) quienes evaluaron competencias de profesionales de la salud en la aplicación de Entrevista Motivacional, a partir de

entrevistar a un usuario simulado en una etapa de ambivalencia sobre consumo de drogas. Los usuarios simulados fueron 3 actores de una compañía de teatro. Las situaciones simuladas fueron grabadas y posteriormente evaluadas con el Código de Integridad de Tratamiento de Entrevista Motivacional (MITI versión 2.0, por sus siglas en inglés). Se realizaron dos entrevistas simuladas con separación de 28 días en estas entrevistas. En general las puntuaciones medias de los participantes se incrementaron con capacitaciones y la implementación de las situaciones simuladas.

Dada la evidencia sobre el uso de casos simulados como estrategia de evaluación y entrenamiento de profesionales de la salud en el campo de las adicciones, se vuelve necesario retomar indicadores de validez y confiabilidad como lo son la adherencia al guion y el acuerdo intra y entre observadores para asegurar una estrategia estandarizada y pertinente para la evaluación de la interacción entre el profesional y la persona atendida. Es por ello que el objetivo del presente trabajo fue desarrollar y estandarizar un caso simulado como estrategia de evaluación conductual de competencias en profesionales de la salud en adicciones.

Método

Fase 1. Estandarización del caso simulado

Participantes

Participaron seis confederados seleccionados mediante muestreo intencional por cuota. Cuatro de ellos mujeres y dos hombres, todos estudiantes de octavo semestre de una licenciatura en psicología, de edades entre 20 y 22 años, pertenecientes a un grupo de investigación en adicciones de una universidad pública. Adicionalmente, participaron cuatro observadoras entrenadas en el uso de los instrumentos, todas ellas con nivel escolar de licenciatura y un promedio de edad de 23 años.

Fase 2. Evaluación de competencias mediante el caso simulado

Participantes

Participaron 8 profesionales de la salud de entre 25 y 35 años de edad con licenciatura en psicología, seleccionados mediante un muestreo intencional por cuota. En el momento del estudio los participantes se encontraban cursando un posgrado en adicciones de una universidad pública.

Instrumentos

Guion de caso simulado: Situación desarrollada ex-profeso para el estudio que consta de 13 categorías, divididas en 29 estímulos (Disparadores externos de consumo, Disparadores internos de consumo, Descripción operacional de la conducta de consumo, Consecuencias positivas inmediatas de la conducta consumo, Consecuencias negativas inmediatas de la conducta de consumo, Consecuencias positivas a largo plazo de la conducta consumo, Consecuencias negativas a largo plazo de la conducta de consumo, Programa estímulos externos para la abstinencia, Programa conductas alternativas al consumo, Establece consecuencias positivas inmediatas a las conductas alternativas al consumo, Establece consecuencias positivas a largo plazo a las conductas alternativas al consumo, Programa otras conductas alternativas para enfrentar obstáculos). Los estímulos de cada categoría son presentados por el confederado, simulando ser una persona que requiere atención y permiten que el participante pueda implementar un análisis funcional de la conducta de consumo y que pueda guiar a formular planes de acción. El guion también incluye una sección de posibles respuestas que el confederado puede emitir con información ante preguntas que el profesional realiza para indagar cada estímulo presentado por el confederado. El guion del caso simulado cuenta con un acuerdo global entre jueces expertos del 95% (93% en claridad, 97% en pertinencia y 95% adecuación clínica).

Lista cotejable de estandarización del caso simulado. Diseñada ad hoc para el estudio, evalúa la adherencia del confederado al guion en las 13 categorías del caso simulado. La adherencia se valora de acuerdo con cuatro tipos de respuesta: 1) Instiga: el confederado presenta el estímulo de la categoría; 2) Responde: el confederado responde con información de la categoría; 3) Omite: el confederado no aborda la categoría y 4) Error: el confederado responde con información que no corresponde a la categoría.

Lista cotejable del nivel de implementación de intervenciones breves en adicciones (Félix, Morales & Santoyo, 2019): Compuesta por 36 categorías distribuidas en 9 áreas: Análisis funcional (5, $\alpha=.90$), Planeación de conducta alternativa (6, $\alpha=0.88$), Ensayos conductuales (4, $\alpha=0.93$), Tamizaje (4, $\alpha=0.90$), Evaluación (3, $\alpha=0.89$), Establecimiento de meta alternativa (4, $\alpha=0.61$), Planeación de la intervención (3, $\alpha=0.69$), Motivación (5, $\alpha=0.79$), Establecimiento de meta de consumo (2, $\alpha=0.80$), que identifican el nivel de implementación de procedimientos, evaluado mediante una rúbrica, en donde se definen los criterios para asignar la puntuación, calculando el porcentaje de implementación de cada procedimiento por oportunidad para cada sesión y posteriormente obtener el porcentaje medio de implementación. Se obtuvo una concordancia inter-observadores ($n=6$) de 0.76 en el índice Kappa de Cohen y un alfa de Cronbach de 0.9 para la escala general.

Procedimiento

El procedimiento se dividió en dos fases: la fase 1 corresponde a la estandarización del caso simulado y la fase 2 corresponde al uso del caso estandarizado para la evaluación de competencias en terapeutas en formación.

En la fase 1 los confederados fueron entrenados por un capacitador experto en evaluación con grado de doctor durante 18 sesiones grupales para conocer los componentes del guion del caso simulado, a través de instrucción verbal, modelamiento, ensayos conductuales y retroalimentación. El entrenamiento incluyó información sobre cómo presentar el caso,

la correcta aplicación del guion y sus categorías, el orden de presentación de los estímulos, cómo responder a preguntas que no brindaran información para el caso y cómo resolver dudas de los participantes evaluados.

Cada confederado (diseño $N=1$) realizó un total de 32 ensayos, que fueron video-grabados y registrados por cuatro observadores entrenados, utilizando la Lista cotejable de estandarización del caso simulado. Se obtuvo el porcentaje de acuerdos entre las cuatro observadoras, para conocer el nivel de confiabilidad del caso simulado y el porcentaje individual de conductas emitidas por los confederados para conocer la adherencia a la estructura del guion.

Una vez que se estandarizó la situación simulada, en la fase 2, los participantes recibieron un entrenamiento de cuatro semestres en intervenciones breves en adicciones. Durante el primer y segundo semestre, los profesionales revisaron temas de evaluación y medición, métodos de investigación aplicada y teorías y modelos de intervención cada uno con una carga de 48 horas teóricas, dentro de estos temas se abordaron los procedimientos de intervención mediante la explicación e instrucción de la implementación de intervenciones breves, así como 352 horas de práctica supervisada en el primer semestre y 448 horas en el segundo semestre. En el tercer semestre los participantes revisaron teorías y modelos de intervención con carga de 48 horas y participaron en co-terapia, exponiéndose a modelamiento, ensayos y retroalimentación; las horas prácticas acumuladas sumaron un total de 592 horas. Finalmente, durante el cuarto semestre realizaron intervención en situaciones reales y completaron 640 horas acumuladas de práctica supervisada.

Al inicio de cada semestre, como parte del monitoreo de la adquisición de competencias profesionales, se evaluó a los participantes a través del caso simulado estandarizado con los confederados entrenados. El tiempo de aplicación del caso simulado osciló entre los 15 y 35 minutos y las aplicaciones fueron video-grabadas para su registro posterior. Las situaciones simuladas se aplicaron al inicio de cada semestre del entrenamiento (diseño $N=1$), por lo que se obtuvieron 4 mediciones.

Consideraciones éticas.

Los confederados entrenados para la evaluación conductual explicaron previamente a cada profesional de la salud que la situación simulada sería video-grabada, enfatizando que la información obtenida sería estrictamente confidencial, conservando el anonimato. Se les informó el objetivo, los procedimientos a implementar y el uso que recibiría la información, asegurando el resguardo del material estrictamente y sólo para fines de investigación, de acuerdo a los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 1993; 2002; 2005). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados fase 1

Con respecto a la ejecución de los confederados, se obtuvieron porcentajes de entre 28% y 74% en la categoría de Instiga (el confederado presentó los estímulos), entre 16% y 33% en la categoría de Responde (el confederado responde a las preguntas del profesional en la categoría correspondiente), entre 2% y 34% en la categoría de Omite (el confederado no presentó el estímulo) y entre 3% y 7% en la categoría de Error, con acuerdos intra observador entre el 83% y el 100% y acuerdos entre observadores entre 76% y 100%.

La adherencia al guion del caso simulado se calculó considerando las categorías de Instiga y Responde, pues las omisiones y errores, representan una implementación inadecuada del caso simulado. La Tabla 1 muestra el porcentaje de adherencia que obtuvieron cada uno de los seis confederados, mismo que resul-

taron en un rango de entre 96% y 59%, siendo el promedio 83.3%.

Resultados fase 2

Para el procedimiento de análisis funcional se observa en todos los casos una tendencia al incremento en el nivel de implementación a lo largo del entrenamiento de los profesionales de la salud. La línea base se situó entre el 13% y el 40% de implementación. En la primera evaluación, se observó un incremento en el nivel de implementación en 4 de los 8 casos y en la evaluación dos se apreció un incremento en los porcentajes de implementación en todos los profesionales de la salud. Finalmente, en comparación con la línea base, el nivel de implementación en la evaluación tres, es decir, al finalizar el entrenamiento, mostró valores superiores al 38%, y en 7 de los 8 casos, representó un incremento de habilidades de análisis funcional de, en promedio, 21% (ver Figura 1).

Con respecto al nivel de implementación del procedimiento de planeación de conducta alternativa al consumo, se observaron en la línea base valores entre el 3% y el 50%. En la primera evaluación, 3 participantes mostraron incrementos en sus niveles de implementación, 2 participantes mantuvieron sus niveles y finalmente 3 participantes disminuyeron en sus niveles de implementación. En la segunda evaluación, 7 de los 8 terapeutas se observó un incremento en los niveles de implementación y finalmente, en la tercera evaluación, se observaron valores de entre 39% y 67%, representando un aumento promedio de 29.6% en comparación con la línea base (ver Figura 2).

Tabla 1
Porcentaje promedio de ejecución y adherencia al guion del caso simulado por confederado

Confederado	Ejecución en el guion				% de adherencia
	% Instiga	% Responde	% Omite	% Error	
1	66	29	2	3	96
2	54	33	7	7	87
3	74	19	3	3	93
4	69	16	5	5	84
5	66	16	7	7	81
6	28	31	34	7	59

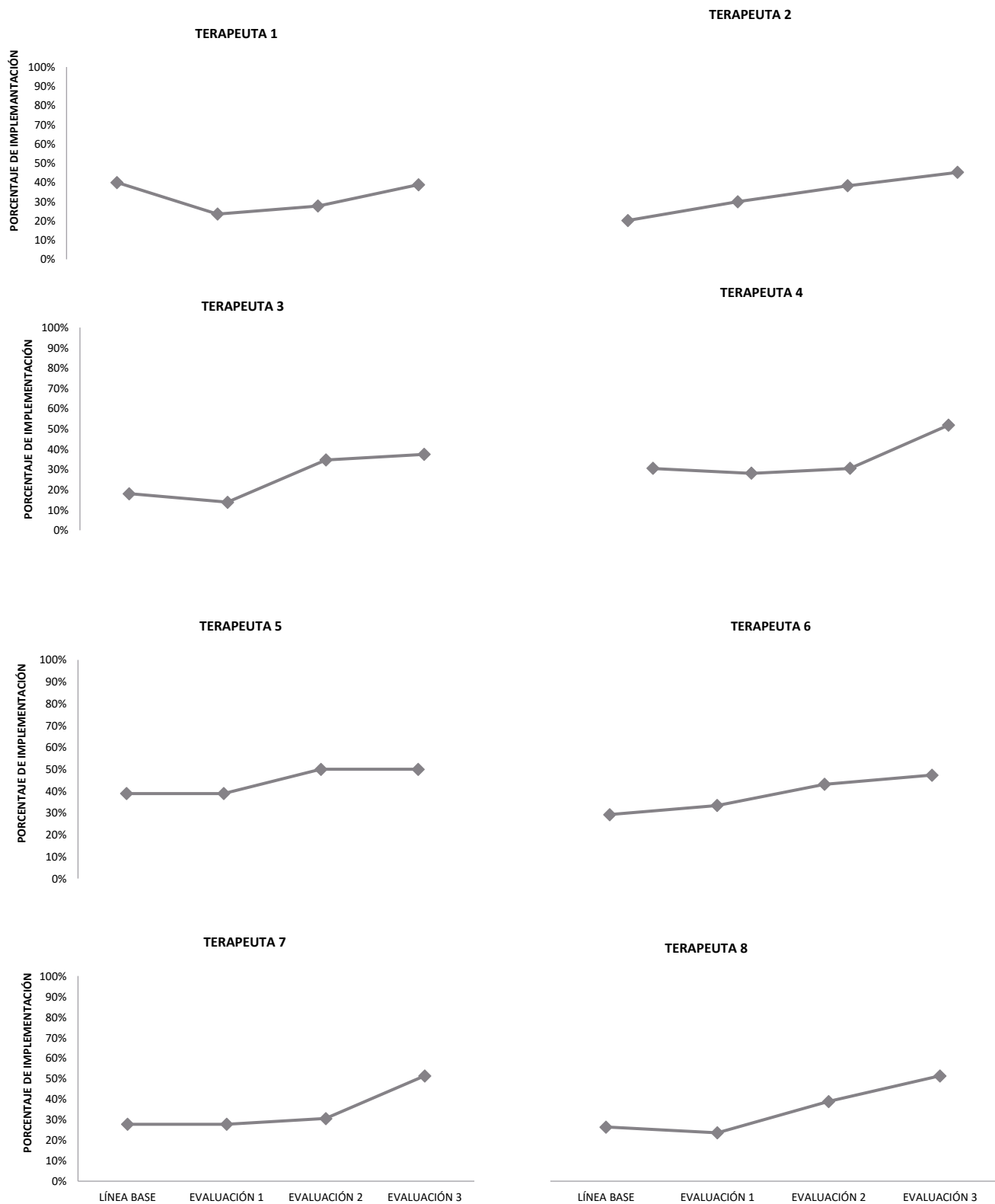


Figura 1. Nivel de implementación de análisis funcional de los ocho profesionales de la salud evaluados durante su entrenamiento.

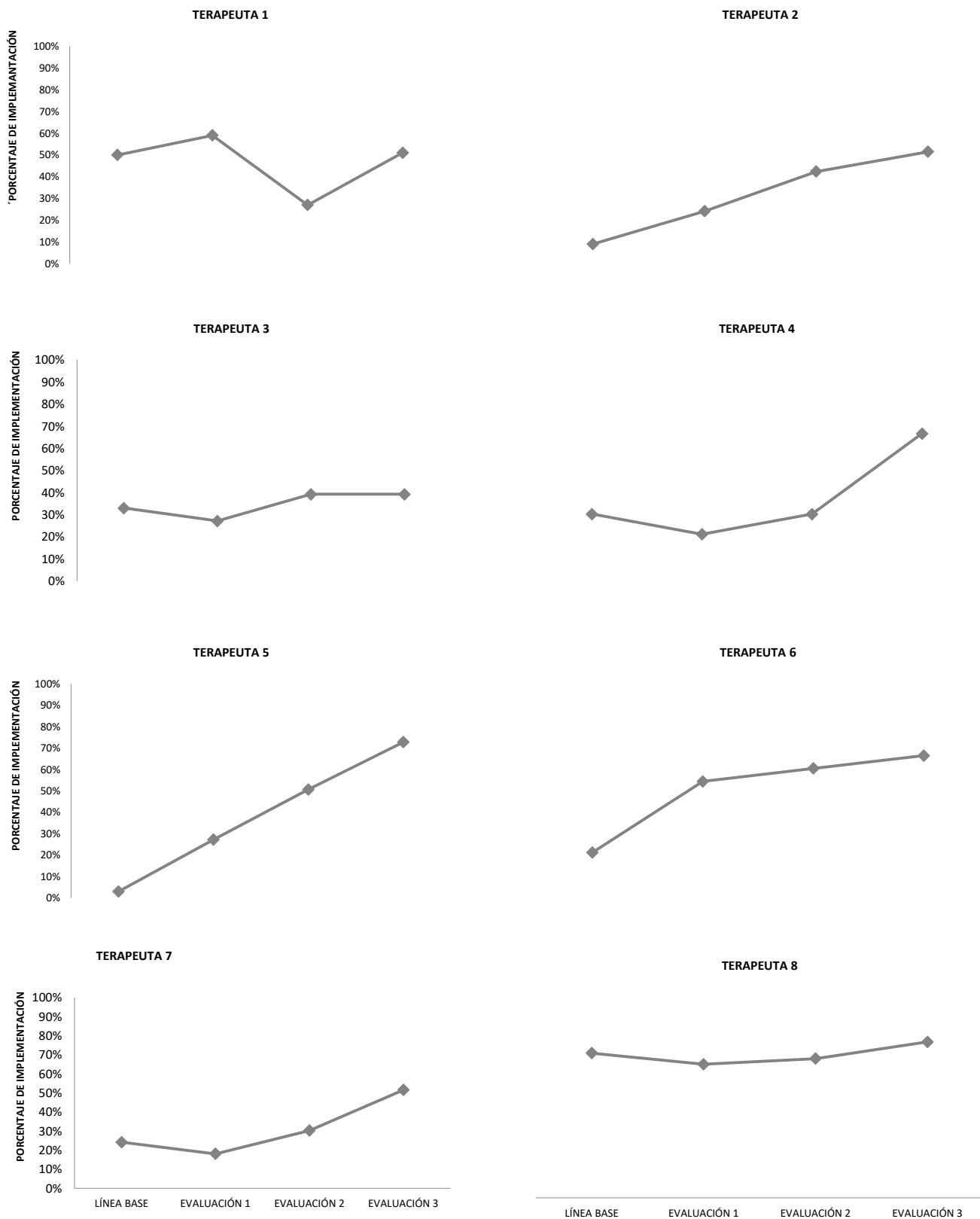


Figura 2. Nivel de implementación de programación de conducta alternativa de los ocho profesionales de la salud evaluados durante su entrenamiento.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar y estandarizar un caso simulado como una estrategia de evaluación conductual de competencias en profesionales de la salud en adicciones. En ese sentido, la primera fase del estudio da cuenta de la importancia de la sistematización estricta de este tipo de estrategias de evaluación y la segunda fase evidencia la pertinencia del uso de un caso simulado estandarizado en la evaluación de competencias profesionales.

En primer lugar, el desarrollo del guion implicó la revisión sistemática de casos típicos de personas con nivel de abuso de alcohol para el planteamiento de los estímulos y respuestas que constituyen la información crítica del caso para el análisis de los participantes. Ello permitió que el caso simulado fuera una situación cercana a los casos reales que atienden los profesionales de la salud en un primer nivel de atención, derivando en una estrategia con validez ecológica, en términos de reflejar una situación típica presente en el escenario natural de los participantes (Phesiter et al., 2017). Esta similitud del caso simulado con los casos reales posibilita el entrenamiento de los profesionales de la salud en un entorno seguro, en el que pueden poner en práctica y mejorar sus habilidades sin mayores repercusiones para las personas que solicitan atención, lo que resulta de relevancia ética particularmente para el caso de profesionales en formación (Kühne et al., 2018), quienes además, lo perciben como una estrategia útil y pertinente para el aprendizaje significativo de habilidades prácticas (Lovink, et al., 2021; Roberts, Oxlad, Dosrty & Chur-Hansen, 2020).

En segundo lugar, el guion propuesto permitió estandarizar el procedimiento de aplicación del caso simulado a partir del entrenamiento de los confederados. En él, se plantea una secuencia específica de presentación de la información que asegura que todas las categorías son cubiertas, ya sea instigándolas o respondiendo a la conducta del profesional de la salud, lo que permite que todas las personas evaluadas tengan la oportunidad de mostrar las habilidades requeridas por la estrategia. Con ello, se logra la consistencia del caso simulado mediante

el entrenamiento exhaustivo del confederado y por ende la validez de la situación como una estrategia estandarizada y confiable para la obtención de una muestra conductual de los participantes (Kühne et al., 2018; Lang & Hahn, 2013; Weaver & Erby, 2012).

La segunda etapa del presente trabajo implicó el uso de la estrategia de caso simulado para la evaluación de competencias de profesionales de la salud en formación. Al respecto, mediante el caso simulado fue posible observar el progreso en la adquisición de habilidades y actitudes de los profesionales de la salud durante cuatro semestres de formación. La implementación del caso simulado fue efectiva para poder identificar el nivel de competencias de los participantes y el incremento de esos niveles en función de la formación recibida, lo que evidencia la pertinencia de la estrategia como un mecanismo no solo de entrenamiento a los participantes sino de evaluación y monitoreo del desarrollo de competencias profesionales. Lo anterior coincide con experiencias efectivas en el uso de casos simulados estandarizados en una diversidad de problemáticas, tales como trastornos psiquiátricos (Brenner, 2013; Patel, et al., 2021), riesgo suicida (Osborn & Cash, 2021), depresión en adolescentes (Amsalem & Martin, 2021), psicoterapia (de la Croix & Skeleton, 2013), odontología (Kruse et al., 2019), enfermería (Davies et al., 2021) entrevista motivacional (Bennet, Roberts, Vaughan, Gibbins & Rouse, 2007), consumo de sustancias (Wilson, Kahan, Brewster, Sobell & Sobell, 2002), entre otras.

Aunado a la tendencia al incremento que se observa en las habilidades de los participantes, el caso simulado permitió diferenciar aquellos procedimientos que resultan más difíciles de aprender. Comparativamente, los datos parecen indicar un efecto diferencial en la implementación de procedimiento de análisis funcional y de programación de conducta alternativa, lo que resulta en información valiosa para guiar el entrenamiento y reforzar aquellos componentes que resultan más complejos de aprender e implementar.

Si bien el caso simulado representa grandes ventajas para la evaluación y entrenamiento de profesionales de la salud, es necesario reconocer que la presente investigación tuvo algunas limitaciones. La

principal consideración se relaciona con la aplicación de la misma situación en cuatro momentos distintos, por lo que cabe la posibilidad de que la diferencia en las competencias de los participantes se deba, además del entrenamiento recibido, a un efecto de acarreo, pues la situación planteada ya es conocida para los participantes. Si bien el caso simulado se basó en casos típicos reales, una segunda consideración importante tiene que ver con el comportamiento del profesional de la salud durante la situación, pues, aunque los confederados presentaban el caso de acuerdo con el guion, en ocasiones los profesionales de la salud abordaban temas o información específica que no se encontraba considerada en el guion y ante la cual los confederados improvisaban respuestas genéricas para mantener la estructura del caso. Esto difiere de lo que sucedería en una interacción terapeuta-usuario real, en donde el profesional de la salud puede guiar la dinámica hacia los temas que considera relevantes, lo que puede tener implicaciones importantes en la atención y puede reflejar en algunos casos una mayor pericia del profesional, pero en otros una falta de habilidades para abordar los aspectos que son relevantes en el marco de las intervenciones breves.

Dadas las limitaciones expuestas, es necesario considerar en futuras investigaciones algunos elementos que pueden fortalecer el desarrollo de este tipo de estrategias de evaluación. El primero de ellos, es la generación de un conjunto de casos simulados que sean equivalentes entre sí en cuanto a dificultad, pero que abarquen la representación de personas con distintas características, niveles de severidad e incluso distintas problemáticas en materia de salud mental y que puedan ser aplicados de manera aleatoria a los participantes para evitar sesgos de acarreo y validar que los niveles de implementación mostrados por los participantes son consistentes de un caso a otro. Un segundo curso de acción es el uso de los recursos tecnológicos, como el *branching scenario* (Cook, Erwin, & Triola, 2010; Masha'al & Rababa, 2020), para la generación de casos simulados programados cuya presentación no dependa del entrenamiento de un confederado y por tanto se disminuya el error humano a través de la programación en plataforma con el uso de videos y algoritmos de decisión de casos a los

que los participantes puedan responder y de manera automática valorar y retroalimentar su ejecución.

En conclusión, la estrategia de caso simulado desarrollada en el presente trabajo resulta una opción viable y válida para su uso como una herramienta de entrenamiento y evaluación que contribuye a la generación de indicadores sobre la ejecución de profesionales de la salud en la implementación de intervenciones breves en adicciones, cuya principal ventaja es la posibilidad de observar, evaluar y retroalimentar directamente las competencias del profesional de la salud en un ambiente controlado y estandarizado pero consistente con la realidad que enfrentan los profesionales en su práctica cotidiana.

Referencias

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61(4), 271-285.
- Amsalem, D. & Martin, A. (2021). Reducing depression-related stigma and increasing treatment seeking among adolescents: randomized controlled trial of a brief video intervention, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, <https://doi.org/10.1111/jcpp.13427>
- Ay-Bryson, D., Weck, F. & Kühne, F. (2021). Can students in simulation portray a psychotherapy patient authentically with a detailed role-script? Results of a randomized-controlled study. *Training and Education in Professional Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tep0000388>
- Barrows, H. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, 68(6), 443-451, <https://doi.org/10.1097/00001888-199306000-00002>
- Barrows, H. S. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Canadian Medical Association Journal*, 98, 674-6, PMID: PMC1924019
- Bennet, G., Roberts, H., Vaughan, T., Gibbins, J. & Rouse L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in Motivational Interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive behaviors*, 32, 69-79, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.022>
- Brenner, A. (2013). Uses and limitations of simulated patients in psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 33 (2), 112-119, <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.2.112>

- Brunner, E., Probst, M., Meichtry, A., Loumajoki, H. & Dankaerts, W. (2015). Comparison of clinical vignettes and standardized patients as measures of physiotherapists' activity and work recommendations in patients with non-specific low back pain. *Clinical Rehabilitation*, 1-10, <https://doi.org/10.1177/0269215515570499>
- Cook, D., Erwin, P. & Triola, M. (2010). Computerized virtual patients in health professions education: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 85(10), 1589-1602, <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181edfe13>
- Davies, E., Gordon, A., Hooper, K., Pelentsov, L. & Eserman, A. (2021). Evaluating the Reliability of the Needs in Recovery Assessment (NiRA) with Simulated Patients, *Issues in Mental Health Nursing*, 42(9), 845-854, <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1894618>
- De la Croix, A. & Keleton, J. (2013). The simulation game: an analysis of interactions between students and simulated patients. *Medical Education*, 47, 49-58, <https://doi.org/10.1111/medu.12064>
- Fairbun, C. G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Félix, V., Morales, S. & Santoyo, C. (2019). Implementación de procedimientos conductuales: Efectos en alta post tratamiento del usuario de drogas. *Health and Addictions*, 19(1), 127-137. ISSN 1988-205X
- Garland, A., Bickman, L. & Chorpita, B. (2010). Change what? Identifying quality improvement targets by investigating usual mental health, *Administration and Policy Mental Health*, 37, 15-26, <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0279-y>
- Herchenröther, J., Tiedemann, E., Vogel, H. & Simmenroth, A. (2021). Which teaching method is more effective in a communication course-role playing versus simulated patients, taught by tutors of faculty staff? A randomized trial. *Journal of Medical Education*, 38(3), 1-18. ISSN 2366-5017
- Hodges, B (2002). Creating, monitoring, and improving a psychiatry OSCE: a guide for faculty. *Academic Psychiatry*, 26, 134- 161, <https://doi.org/10.1176/appi.ap.26.3.134>
- Hodges, B., Hollenberg, E., McNaughton, N., Hanson, M. & Regehr, G. (2014). The psychiatry OSCE: a 20-year retrospective. *Academic Psychiatry*, 38(1), 26-34, <https://doi.org/10.1007/s40596-013-0012-8>
- Iwata, B., Wallace, M., Kahng, S., Lindberg, J., Roscoe, E., Conners, J., Hanley, G., Thompson, R. & Worsdell, A. (2000). Skill Acquisition in the Implementation of Functional Analysis Methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 181-194, <https://doi.org/10.1901/jaba.2000.33-181>
- Kruse, A., Heil, H., Strub, N., Fabry, G., Silbernagel, W., Vach, K., Ratka-Krüger, P. & Woelber, J. (2019). Working experience is not a predictor of Good communication: Results from a controlled trial with simulated patients. *European Journal of Dental Education*. 00, 1-9. <https://doi.org/10.1111/eje.12482>
- Kühne, F., Maab, U. & Weck, F. (2020). Standardized patients in clinical psychology: From research to practice. *Verhaltenstherapie*, 1-9, <https://doi.org/10.1159/000509249>
- Kühne, F., Sevde, D., Otterbeck, M. & Weck, F. (2018). Standardized patients in clinical psychology and psychotherapy. A Scoping review of barriers and facilitators for implementation. *Academic Psychiatry*, 42, 773-781, <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0886-6>
- Lane, C., Hood, K. & Rollnick, S. (2008). Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education*, 42(6), 637-644 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02990.x>
- Lang, S. & Hahn, J. (2013). BLAST model: an innovative approach to prepare second-degree accelerated BSN students for inpatient psychiatric clinical experiences. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(3), 38-45, <https://doi.org/10.1177/1078390317712697>
- Lovink, A., Groenier, M., van der Niet, A. et al. (2021). The contribution of simulated patients to meaningful student learning. *Perspectives on Medical Education*, <https://doi.org/10.1007/s40037-021-00684-7>
- Masha'al, D. & Rababa, M. (2020). Nursing students' perceptions towards branching path simulation as an effective interactive learning method. *Teaching and Learning in Nursing*, 15(4), 218-225, <https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.05.002>
- Moore, J. & Fisher, W. (2007). The Effects of Videotape Modeling on Staff Acquisition of Functional Analysis Methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(1), 197-202, <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.24-06>
- Morales S., Martínez K., Carrascoza C., Chaparro A. & Martínez M. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Salud y drogas*, 13, 109-116.
- Okiishi, J., Lambert, M., Dennis, E., Stevan, N., David, D. & David, V. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients'. *Journal of clinical psychology psychotherapy outcome*, 62(9), 1157-1172, <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>

- Osborn, C. & Cash, R. (2021). Effects of interview training with simulated patients on suicide, threat and abuse assessment. *Athens Journal of Social Sciences*, 8(4), 245-258, <https://doi.org/10.30958/ajss.8-4-3>
- Patel, M., Hui, J., Ho, C. et al. (2021). Tutors' Perceptions of the Transition to Video and Simulated Patients in Pre-clinical Psychiatry Training. *Academic Psychiatry* 45, 593-597, <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01504-0>
- Pheister, M., Stagno, S., Cotes, R., Prabhakar, D., Mahr, F., Crowell, A., et al. (2017). Simulated patients and scenarios to assess and teach psychiatry residents. *Academic Psychiatry*, 41(1), 114-117, <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0477-8>.
- Pleines Dantas Seixas, U., Speier, T. & Künzler, L. (2021). The case space model within the OSCE framework: more clarity for the SP, examiners and students. *GMS Journal for Medical Education*, 38(6). <https://doi.org/10.3205/zma001494>
- Roberts, R., Oxlad, M., Dorstyn, D. & Chur-hansen, A. (2020) Objective Structured Clinical Examinations with simulated patients in postgraduate psychology training: Student perceptions, *Australian Psychologist*, 55(5), 488-497, <https://doi.org/10.1111/ap.12457>
- Weaver, M. & Erby, L. (2012). Standardized patients: a promising tool for health education and health promotion. *Health Promotion Practice*, 113(2):169-74, <https://doi.org/10.1177/1524839911432006>
- Wilson, L., Kahan, M., Liu, E., Brewster, J., Sobell, M. & Sobell, L. (2002). Physician behavior towards male and female problem drinkers: a controlled study using simulated patients. *Journal of Addictive Diseases*, 21(3), 87-99, https://doi.org/10.1300/J069v21n03_07. PMID: 12095002
- Yap, K., Sheen, J., Nedeljkovic, M., Milne, L., Lawrence, K. & Hay, M. (2021) Assessing clinical competencies using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in psychology training, *Clinical Psychologist*, <https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1932452>



ORIGINAL

Perfiles del Afecto en la Predicción de la Depresión en Dos Grupos de Población Mexicana¹

Affect Profiles in the Prediction of Depression in Two Groups of Mexican Population

Cecilia Meza-Peña^{2 a}, María Rocío Hernández-Pozo^b, María Araceli Álvarez-Gasca^b, Carlos Antonio Rodríguez Aguirre^a, Tania Romo-González^c, Jeanette Magnolia López-Walle^a, Julia Gallegos-Guajardo^d, Cecilia Castor-Praga^a, Elías Alfonso Góngora Coronado^e, & Raquel González-Ochoa^c

^aUniversidad Autónoma de Nuevo León, México

^bUniversidad Nacional Autónoma de México, México

^cUniversidad Veracruzana, México

^dUniversidad de Monterrey, México

^eUniversidad Autónoma de Yucatán, México

Recibido 29 de junio de 2021; aceptado 18 de noviembre de 2021

Resumen

Se contrastan las diferencias en sintomatología depresiva entre mexicanos de dos polos urbanos importantes, analizando la predicción de la depresión a partir de los perfiles afectivos y variables sociodemográficas. Método. Participaron 1036 estudiantes, 431 del centro de México y 605 del noreste. Se evaluó la sintomatología depresiva mediante el CES-D-20 y perfil afectivo con el PANAS-20. Resultados. Hay una alta prevalencia de sintomatología depresiva en los participantes, con diferencia significativa entre los grupos. En el grupo del centro la depresión es predicha por el perfil de afecto autodestructivo, afecto alto, así como hábitos no saludables, mientras que en el noreste coincide en los primeros dos predictores diferenciándose porque se incorpora en el modelo el menor sentido de autorrealización. Conclusión. Nuestro estudio sugiere diferencias en la manifestación de la depresión por zona geográfica, con un perfil afectivo autodestructivo y de afecto alto. Es de interés resaltar que el perfil afectivo alto puede enmascarar la forma de manifestar la depresión, ya que se les puede considerar como personas extrovertidas y, por tanto, subestimar el malestar emocional que puedan estar presentando. Este aspecto es fundamental en la mejor comprensión de la depresión en el campo clínico.

Palabras Clave: Afecto; Depresión; Mexicanos; Predicción

1 Se agradece al proyecto DGAPA-UNAM IG300415, bajo la responsabilidad de María del Rocío Hernández Pozo y de María Araceli Álvarez Gasca, por financiamiento parcial del estudio.

2 Dra. Cecilia Meza Peña; Dirección: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Calle Dr. Carlos Canseco #110, Col. Mitras Centro, Ciudad Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64460. E-mail: cecilia.mezapn@uanl.edu.mx

Abstract

Differences in depressive symptomatology among Mexicans from two important urban centers were contrasted, analyzing the prediction of depression from affective profiles sociodemographic variables. Method. 1036 students participated, 431 from the Center of Mexico and 605 from the Northeast. Depressive symptomatology was evaluated by the CES-D-20 and the affect profiles by the PANAS-20. Results. There is a high prevalence of depressive symptomatology in participants, with significant difference between groups. In the center of Mexico, depression is predicted by the self-destructive affect profile, high affect, as well as unhealthy habits, while in the northeast coincides in the first two predictors, differing because the lesser sense of self-realization is incorporated into the model. Conclusion. Our study suggests differences in the manifestation of depression by geographical area, with a self-destructive affective profile and high affect. It is of interest to highlight that the high affective profile can mask the way of manifesting depression, since they can be considered as extroverts and therefore, underestimate the emotional discomfort that they may be presenting. This aspect is fundamental in the better comprehension of depression in the clinical field.

Keywords: Affect; Depression; Mexicans; Prediction

La depresión es la principal causa de incapacidad alrededor del mundo y se estima que 322 millones de personas padecen depresión actualmente, lo cual equivale a 4.4% de la población mundial (Friedrich, 2017). Se estima que cerca del 9.2% de la población mundial ha padecido un episodio de depresión por lo menos en una ocasión en su vida, mientras que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años, siendo los jóvenes la población con mayor riesgo de padecer un cuadro depresivo (Secretaría de Salud, 2017).

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la existencia de un sentimiento de tristeza, pérdida de placer, baja autoestima, sentimientos de culpa y auto denigración, acompañados de dificultades para conciliar el sueño, pérdida de apetito, falta de concentración y sentimientos de cansancio (Coryell, 2020; Marcus, Yasamy, van Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012). Estas alteraciones provocadas por la depresión se pueden volver crónicas y recurrentes, haciendo que la persona se vea afectada en sus actividades habituales como en sus relaciones interpersonales, logros educativos, seguridad financiera, entre otras (LeMoult & Gotlib, 2019).

El ambiente juega un papel importante en la vida diaria de cada persona desde su nacimiento hasta su muerte, por ello existen una gran variedad

de factores ambientales que junto a diversos factores sociodemográficos precipitan y/o afectan a la depresión (Machado, 2016). Entre los factores que precipitan un cuadro depresivo se encuentran los culturales, políticos, socioeconómicos, escolaridad, sexo, edad, estado civil, ingresos económicos, historial de trastornos mentales previos, experimentar maltrato, ausencia y negligencia de los padres durante la niñez, la pérdida de un ser querido, etc. (Córdova-Palomera et al., 2016; Kwong et al., 2019; van den Bosch & Meyer-Lindenberg, 2019).

Rivera-Rivera, Rivera-Hernández, Pérez-Amezcu, Leyva-López y Castro (2015) mencionan que existen diferencias en cuanto a las estimaciones de prevalencia en la depresión. La razón puede radicar en las diferentes formas de definirla, los distintos instrumentos de medición utilizados y en la heterogeneidad de las muestras utilizadas. Smits y Huijts (2015) contrastan las diferencias entre población europea y africana, encontrando una mayor presencia de sintomatología depresiva en la primera. Atribuyen esta diferencia a características culturales, ya que la población europea tiene una mayor tendencia a buscar tratamiento al presentar los síntomas depresivos. Además, la urbanización es un factor identificado dado que hay mayor acceso a servicios médicos y psicológicos; del mismo modo el nivel educativo y

económico son variables importantes al momento de buscar un tratamiento para la depresión.

Secundino-Guadarrama, Veytia-López, Guadarrama-Guadarrama y Míguez (2021) señalan que el 3.3% de la población de México padece depresión y que afecta principalmente a los adolescentes. La presencia de síntomas depresivos que encontraron fue de 13.4% en su población total y la proporción de casos con síntomas depresivos elevados fue mayor entre las mujeres, representando un 81.8%. Además, advierten que la depresión ocurre con mayor frecuencia en mujeres (34%) que en hombres (18%); sin embargo, después del primer episodio depresivo, no hay diferencias por sexo en cuanto a las tasas de recurrencia (Machado, 2013; Rivera-Rivera et al., 2015).

Tijerina et al. (2018) analizaron la depresión en estudiantes universitarios de la ciudad de Monterrey. Los resultados obtenidos indicaron que por lo menos un 19.3% de la muestra tenía algún grado de depresión, encontrándose además diferencias por sexo. Por otra parte, un estudio realizado en estudiantes universitarios de la Ciudad de México reveló que la prevalencia de depresión era de 18.9%. Respecto a las diferencias por sexo, el 69% de las mujeres cumplía criterios de trastorno depresivo mayor frente al 31% de los hombres (Romo-Nava et al., 2019).

Cerecero-García, Macías-González, Arámburo-Muro y Bautista-Arredondo (2020) analizaron los datos generados en encuestas nacionales desde el 2006 al 2018, encontrando relación con la prevalencia de síntomas depresivos por zona geográfica, que la ciudad de México mostró una tasa del 15% y la zona norte del 14.3%. También, se observó mayor diagnóstico de la depresión entre participantes viviendo en el centro de México (18.3%) en comparación con aquellos del norte (10.5%), mientras que, en el caso del tratamiento de la depresión, las tasas fueron de 13.9% y 7.8% respectivamente. Además, las personas que viven en zonas socio-urbanas más conflictivas son las que manifiestan tasas más elevadas de depresión (González-Forteza, de la Torre, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

La depresión impacta en el estado de ánimo y el afecto de las personas, lo cual genera cambios en otras conductas como el apetito, fatiga, sueño, inclu-

so causando dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras (González-Forteza et al., 2015). Estudios como el de Nelis, Holmes y Raes (2015) señalan que la forma en cómo las personas regulan el afecto negativo se asocia a la depresión, así mismo Yildiz y Kızıldağ (2018) han evidenciado en estudios recientes la relación entre afecto positivo bajo y depresión.

Los estudios sobre la estructura del afecto identifican dos dimensiones del mismo denominadas afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) (Watson, Clark & Tellegen, 1988), mismos que conllevan estados afectivos transitorios, o bien como una disposición personal de la emocionalidad más o menos estable (Decker, Morie, Malin-Mayo, Nich & Carroll, 2018).

El AP es la dimensión de emocionalidad positiva, marcada de energía, afiliación y dominio de un individuo, mientras que el AN es la dimensión de emocionalidad displacentera y de malestar, la cual se manifiesta por ira, desprecio, miedo, culpa, y nerviosismo. De este modo, las personas con alto AP experimentan sentimientos de satisfacción, entusiasmo, amistad, unión y confianza, mientras que las personas con alto AN experimentan emociones aversivas como el miedo, ansiedad, tristeza, depresión, irritabilidad, hostilidad, insatisfacción, así como apercepción negativa de uno mismo y los demás (Brieant et al., 2018; Cardoso, Oliveira & Ferreira, 2020). Las personas con bajo AP suelen manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y letargo, mientras que personas con bajo AN muestran estados de calma y tranquilidad (Laguna, 2019; Vaughan et al., 2018).

Watson y Tellegen (1985) establecen que tanto el afecto positivo como el negativo constituyen dimensiones independientes del afecto, aunque poseen una alta correlación negativa entre sí. Como señala Gómez-Maquet (2007), estas dimensiones si bien han sido caracterizadas como descriptivamente bipolares, afectivamente se les considera unipolares, en donde el polo alto de una dimensión representa un estado afectivo alto (ya sea positivo o negativo), mientras que el polo bajo advierte de la ausencia relativa de implicación afectiva.

Recientemente han surgido propuestas de diversos instrumentos psicométricos para medir el AP y el AN tales como la Escala de Experiencia Positiva y Negativa (SPANE) (Diener et al., 2010). Sin embargo, al consultar la literatura de psicología positiva la escala más utilizada es la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Watson et al., 1988).

Archer, Adrianson, Plancak y Karlsson (2007) han propuesto un modelo de perfiles del afecto, producto de las posibles combinaciones de resultados del PANAS, que derivan en los siguientes: auto-realizado (alto AP y bajo AN), autodestructivo (bajo AP y alto AN), afectos bajos (bajo AP y bajo AN) y afectos altos (alto AP y alto AN). En este modelo, los individuos autorrealizados se muestran más enérgicos y optimistas, tienen mejor manejo del estrés y mayor salud mental psicológica que los otros tres. Bajo este modelo Schütz y colaboradores (2013) sintetizan las características de los perfiles de afecto de la siguiente forma: los individuos autorrealizados reportan niveles más altos de felicidad y más bajos de depresión, mayor satisfacción con la vida, mayor afiliación social, tendencia alta a seguir sus metas, alta religiosidad, alto ocio activo y menor control mental; mientras que los autodestructivos son quienes reportan niveles más altos de depresión, niveles más bajos de felicidad, de satisfacción con la vida, de afiliación social, religiosidad, ocio activo, así como menor tendencia a la consecución de metas. Por su parte, la alta afectividad, muestra las características del autorrealizado, diferenciándose por el alto control mental y agregando una alta tendencia a salir a fiestas y discotecas, quizás entendido como una mayor extraversión, mientras que los individuos de baja afectividad se muestran con altos niveles de felicidad, y niveles bajos de depresión, satisfacción con la vida, de afiliación social, control mental, baja consecución de metas y bajo ocio activo.

Los modelos del afecto permiten comprender la depresión desde la teoría de la indefensión aprendida, en la cual se asocia la ausencia de respuesta ante eventos o situaciones aversivos que atentan en contra del sujeto, en donde éste no tiene control sobre ellos. Bajo este modelo, se establece que los humanos rumian sobre las experiencias negativas que han vivido,

lo cual es un factor crítico en la etiología y duración de la depresión (Forgeard et al., 2011). Por su parte, los estudios de Williams, Peeters y Zautra (2004), han señalado déficits de afecto positivo en personas deprimidas, quienes a su vez presentan altos niveles de afecto negativo.

La psicología positiva busca resaltar el bienestar y el desarrollo de fortalezas individuales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y considera que los indicadores positivos y negativos son igualmente importantes predictores del bienestar de las personas, en donde se incluye el afecto (Yakushko, 2018). El enfoque de Seligman y colaboradores se basa en el trabajo de las emociones positivas, que promuevan el bienestar, en donde se incluyen los conceptos de felicidad y optimismo, mismos que pueden encontrarse a través de emociones positivas.

Nuestro estudio fue diseñado tratando de integrar la literatura en torno a los perfiles del afecto en relación con la depresión. En particular, al tener una población de 1036 participantes provenientes de dos regiones con características particulares de México, nos interesamos en caracterizar los niveles de depresión y perfiles del afecto en cada uno de estos grupos, estimando la prevalencia de sintomatología depresiva en la población del noreste y del centro del país. Una vez caracterizado esto, nos propusimos analizar la relación de los perfiles del afecto con la depresión para finalmente estimar un modelo de predicción de la depresión en función de las variables sociodemográficas, y de los perfiles del afecto, esto por zona geográfica, con el fin de tener un perfil mucho más claro, sensible a las diferencias de los grupos poblacionales más afectados del país por la depresión, aspecto fundamental para adecuadas intervenciones en la psicología clínica y de la salud, así como para poder realizar protocolos de intervención y prevención que se ajusten a las características de cada sector poblacional. De acuerdo con la literatura previa, nuestra hipótesis fue que en los sujetos con mayores indicadores de sintomatología depresiva se presentase un perfil de afecto autodestructivo, con menor afecto alto y bajo, así como con un menor perfil de afecto autorrealizado. Así mismo, se espera relación con la conducta alimentaria problemática, alteracio-

nes en hábitos como el sueño, actividad física, fumar y beber, habiendo diferencias en la manifestación de la depresión no solo por región sino por sexo. Finalmente, hipotetizamos que, en el modelo predictivo, se verán reflejadas las variables de afecto autodestructivo, la edad y el sexo.

Método

Diseño

El diseño del presente estudio fue transversal, no experimental con alcance predictivo. La muestra fue incidental, obtenida por un procedimiento no probabilístico, en donde los investigadores de diferentes centros educativos y de investigación invitaron a los participantes a través de sus círculos de actividad profesional.

Participantes

El presente estudio tuvo una muestra de 1036 estudiantes desde preparatoria ($n=267$, 25.8%) hasta licenciatura ($n=769$, 74.2%), cuyas edades oscilaron entre los 15 y 68 años ($M=19.85$, $DE=4.58$). Solo el 10.9% trabajaba siendo el resto estudiantes de tiempo completo, el 41.6% ($n=431$) pertenece a la zona metropolitana de la Ciudad de México (en adelante denominada zona centro) y el 58.4% ($n=605$) restante a la zona metropolitana de la Ciudad de Monterrey (en adelante zona noreste). El 37.2% son hombres y 62.8% mujeres, el 95.2% se encuentran solteros, no obstante, de ese porcentaje en soltería el 43% cuenta con pareja.

Zona Centro. La muestra fue de 431 estudiantes (29% hombres, 71% mujeres), con una media de edad de 20.02 años ($DE=6.38$); el 93% se encontraban solteros, un 39.2% estudia preparatoria o bachillerato y el 60.8% restante cursa la licenciatura. Un 18.3% reporta fumar y un 29.7% bebe alcohol. El 35.7% no reporta conducta alimentaria problemática mientras que el 51.7% reporta diversos trastornos del sueño.

Zona Noreste. La muestra fue de 605 estudiantes (43% hombres, 57% mujeres), con una media de edad de 19.73 años ($DE=2.64$); el 96.5% se encontraban solteros, un 16.2% estudia preparatoria o bachillerato y el 83.8% restante cursa la licenciatura. Un 14.1% reporta fumar y un 42.1% bebe alcohol. El 28.9% no reporta conducta alimentaria problemática mientras que el 49.3% reporta diversos trastornos del sueño.

Instrumentos

Información demográfica. Se les pidió a los participantes llenar una ficha de datos que incluían sexo, edad, escolaridad, así como aspectos de alimentación, sueño, actividad física, carga familiar, presión ocupacional, etc.

Escala del Centro Epidemiológico de Estudios para la Depresión (CES-D-20; Radloff, 1977) consta de 20 reactivos que describen manifestaciones sintomáticas depresivas. Las respuestas son en un rango de cero a tres, mismas que indican la frecuencia de la sintomatología. La mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60). La puntuación total puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos tomando el punto de corte de 16 (Weissman, Sholonskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977). Los autores han estimado la consistencia interna de la escala con un alfa de Cronbach de 0.87, además de la existencia de evidencia que da soporte a la validez de constructo (Iwata & Buka, 2002), la cual ha sido confirmada en población mexicana femenina del medio rural (Bojorquez & Salgado, 2009). Franco-Díaz, Fernández-Niño y Astudillo-García (2018) han proporcionado evidencia de la invarianza factorial de la versión abreviada de la escala en población mexicana indígena, mientras que estudios sobre la invarianza en poblaciones de dos países, sugieren que la CESD-20 mide el mismo constructo en población china y holandesa (Zhang et al., 2001). Debido a que Bojorquez y Salgado (2009) recomiendan mantener el mismo punto de corte en

población mexicana, en el presente estudio se dicotomizó la variable con base en las recomendaciones de Radloff (1977), en donde 0= puntuaciones menores o iguales a 16 (ausencia de depresión) y 1= puntuaciones mayores a 16 (presencia de depresión). Para el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88.

Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule -PANAS-20) (Watson et al., 1988). Es un cuestionario de autoinforme de 20 ítems. que permite obtener una puntuación de afectividad positiva (AP) y de afectividad negativa (AN). Los datos psicométricos presentados por Watson et al. (1988) sugieren que ambas subescalas del PANAS poseen niveles adecuados de fiabilidad y validez (factorial, convergente y discriminante), mientras que Sandín et al. (1999) han proporcionado evidencia de la validación transcultural y la naturaleza bidimensional del afecto, demostrado la utilidad del PANAS en el campo de la psicopatología. Los coeficientes de consistencia interna de la prueba se hallan entre 0.84 y 0.90 y se han encontrado índices de fiabilidad test-retest entre 0.39 y 0.71, correspondiendo los valores más altos a los intervalos más amplios entre aplicaciones. En población mexicana, Robles y Páez (2003) reportaron valores de consistencia interna de $\alpha = 0.84$ para la escala de afecto positivo y $\alpha = 0.87$ para afecto negativo, con adecuados índices de confiabilidad test - re-test, así como han podido establecer la validez estructural y de constructo de la escala, mismo que Moral (2011) ha confirmado en un estudio con parejas casadas del noreste de México. Moreta-Herrera, Perdomo-Pérez, Reyes-Valenzuela, Torres-Salazar y Ramírez-Iglesias (2021) han proporcionado evidencia sobre la invarianza factorial por nacionalidad del cuestionario en muestras latinoamericanas, mientras que López-Gómez, Hervás y Vázquez (2015) han proporcionado previa evidencia de la invarianza configural, escalar, métrica y estricta por grupos de edad y entre hombres y mujeres dentro de una muestra de universitarios españoles. En el presente estudio, la dimensión de afecto positivo obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.800, mientras que el afecto negativo obtuvo un Alpha de 0.858.

Procedimiento

El presente estudio forma parte de un proyecto más amplio del Grupo COEDUCA, en el cual se realizaron mediciones de variables psicológicas, demográficas y de salud, a través de aplicaciones presenciales y en línea en los diversos estados de la República Mexicana. El presente estudio contempla una parte de la muestra de mexicanos del proyecto de Grupo COEDUCA, utilizando las variables de afecto, depresión y variables sociodemográficas.

Aspectos éticos

El proyecto organizado para el desarrollo de este estudio fue aprobado por el comité científico y el comité de ética de la investigación científica de la Universidad Nacional Autónoma de México. A través de un grupo de colaboradores en diferentes estados del país, se invitó a estudiantes a participar en el estudio. Acorde a las recomendaciones sobre la ética en investigación (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010), los participantes recibieron información sobre el propósito del estudio, estableciendo su derecho a negarse a participar y una vez iniciado el llenado de los cuestionarios no estaban obligados a concluirlos, pudiendo abandonar el estudio sin repercusiones. Se les explicó el uso científico de la información, así como el manejo de la misma bajo estrictas reglas de confidencialidad. Una vez que confirmaron entender los objetivos y el alcance del estudio se les solicitó completar los cuestionarios, incluyendo su firma electrónica de consentimiento de participación.

Análisis de datos

Al analizar la proporción de participantes de cada una de las diferentes entidades y observar el tener tamaños de muestra muy pequeños de algunas zonas del país, se decidió realizar solo el contraste entre los participantes de las zonas Centro y Noreste de México, en donde se observan tamaños de muestra cercanos.

Con los 1036 casos seleccionados se realizaron análisis de frecuencia y distribución, de correlación con el coeficiente de Pearson, prueba de diferencia entre grupos mediante la prueba t de Student, así como se utilizó el análisis de regresión logística multivariada para examinar todos los predictores de depresión. Se incluyen en el modelo sólo aquellas variables cuyo valor de p es <0.01 en el modelo univariado para posteriormente incluirlas en el modelo multivariado de síndromas depresivos.

Las variables del estudio incluyen : edad, sexo (categorizado como hombres y mujeres), actividad física (categorizado como 1=ninguna o irregular, 2=moderada o intensa), fuma (categorizado como 1= Si o 0=No), bebe alcohol (categorizado como 1= Si o 0=No), calidad del sueño (categorizado como 1= buena, 2= regular, 3= mala), consumo alimentario problemático (categorizado como 0=nada, 1=algo, 2=mucho), región de la república (categorizada como Zona Centro 1 y Zona Noreste 2), depresión (categorizada como Presencia de depresión = 1, Ausencia de depresión= 0).

Para las estimaciones del perfil del afecto se utilizó el modelo de Archer et al. (2007), categorizando de la siguiente forma: 1) Autorrealizado cuando se encontraron afecto positivo alto y afecto negativo bajo; 2) Autodestructivo cuando el afecto positivo era bajo y

el afecto negativo alto; 3) Afectos bajos cuando tanto afecto positivo como negativo eran clasificados como bajos, y finalmente como 4) Afectos altos cuando ambos afectos positivos y negativos aparecían altos. Los puntos de corte para la clasificación de afectos altos y bajos se establecieron a partir de la media obtenida para el estudio del afecto, siendo una media de 3.29 para el afecto positivo, y una media de 1.99 para el afecto negativo. La interpretación del afecto toma como base el análisis presentado de las variables por Schütz et al. (2013).

Resultados

Los análisis descriptivos muestran que el 36.2% (n=375) de los participantes manifestaba sintomatología depresiva. Además, en la tabla 1 se muestran las frecuencias y porcentajes de depresión y perfiles de afecto en los participantes de zona noreste y centro.

Por grupos de participantes, se puede observar en los pertenecientes a la zona centro se observó la presencia de sintomatología depresiva en un 48.3% (n=208), siendo mayor el porcentaje de las mujeres que de hombres que manifiestan dicha sintomatología. En cuanto a los perfiles del afecto, en el centro el 34.6% de los participantes muestran un perfil autodestructivo, seguido del 26.9% con afecto bajo, 22.3% afecto

Tabla 1
Frecuencias y porcentajes de depresión y los perfiles de afecto en las zonas centro y noreste de México

	Variable	Total		Hombres (Centro n=125, Noreste n=260)		Mujeres (Centro n=306, Noreste n=345)	
		f	%	f	%	f	%
Centro n=431	Depresión	208	48.3	54	43.2	154	50.3
	Autorrealizado	70	16.2	23	18.4	47	15.4
	Autodestructivo	149	34.6	39	31.2	110	35.9
	Afectos bajos	116	26.9	32	25.6	84	27.5
	Afectos altos	96	22.3	31	24.8	65	21.2
Noreste n=605	Depresión	167	27.6	75	28.8	92	26.7
	Autorrealizado	181	29.9	76	29.2	105	30.4
	Autodestructivo	95	15.7	37	14.2	58	16.8
	Afectos bajos	255	42.1	114	43.8	141	40.9
	Afectos altos	74	12.2	33	12.7	41	11.9

alto y en menor porcentaje se observan a los participantes con afecto autorrealizado con un 16.2%.

En los participantes de la zona noreste se observó presencia de sintomatología depresiva en un 27.6% ($n=167$) de la población total, observando que el porcentaje de mujeres que presentaban dicha sintomatología era menor al porcentaje de hombres. En cuanto al perfil afectivo de los participantes del noreste, el 42.1% se ubicó en afecto bajo, seguido de autorrealizado el 29.9%, autodestructivo el 15.7% y finalmente el 12.2% en afecto alto. Además, en la Tabla 1 se pueden observar los porcentajes de distribución de depresión y perfiles del afecto por sexo en cada una de las zonas del país estudiadas.

La prueba de no normalidad de las variables reveló que la mayoría poseían una distribución normal. Debido a que las pruebas de normalidad son cada vez más exigentes en muestras grandes como la utilizada en el presente estudio, y las desviaciones de la normalidad en los casos de curtosis positiva cuales pueden ser identificados erróneamente en muestras menores a 100 participantes (Tabachnick y Fidell, 2007), se determinó que no era necesario hacer las transformaciones de los datos para corregir los pocos casos de curtosis positiva en el presente estudio.

Posteriormente, con el fin de conocer si la depresión tenía relación con las diferentes variables del estudio, se llevó a cabo una correlación de Pearson;

los coeficientes de correlación, significancia estadística (Sig.), tamaño del efecto y potencia estadística ($1-\beta$) pueden verse en la Tabla 2. En los participantes de la zona centro del país, se puede ver que, ante la presencia de sintomatología depresiva, hay mayor afecto autodestructivo, así como una mayor tendencia a fumar, beber, presentar mala calidad de sueño y mostrar conductas alimentarias problemáticas, aunado a un menor sentido de autorrealización, con menores afectos bajos y disminución de la actividad física. No se encontraron relaciones entre la depresión y edad, escolaridad, estado civil y la carga familiar ($p>0.05$) en este grupo.

En los participantes de la zona noreste, se observa que, a mayor presencia de sintomatología depresiva, predominio de afecto autodestructivo, afectos altos, mayor consumo de tabaco y peor calidad del sueño, aunado a menor sentido de autorrealización y menor afecto bajo.

Con el objetivo de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en la depresión y los cuatro perfiles del afecto en los grupos del centro y norte, se llevó a cabo una t de Student, tomando como variable independiente el grupo de acuerdo con la zona geográfica de correspondencia de los participantes, y como variables dependientes a la depresión y los perfiles del afecto (ver Tabla 3).

Tabla 2
Correlaciones de depresión con variables psicológicas, sociodemográficas y hábitos

Variables	Zona Centro $n=431$				Zona Noreste $n=605$			
	r	Sig.	p	$1-\beta$	r	Sig.	p	$1-\beta$
Autorrealizado	-0.308	0.001**	0.554	1.00	-0.378	0.001**	0.614	1.00
Autodestructivo	0.443	0.001**	0.665	1.00	0.424	0.001**	0.651	1.00
Afectos bajos	-0.202	0.001**	0.449	1.00	-0.111	0.006**	0.333	1.00
Afectos altos	-0.018	0.713	0.134	0.99	0.225	0.001**	0.474	1.00
Escolaridad	-0.099	0.040*	0.314	0.99	-0.039	0.343	0.197	0.99
Actividad Física	-0.132	0.021*	0.363	1.00	-0.012	0.386	0.109	0.99
Fuma	0.143	0.002**	0.378	1.00	0.066	0.053	0.256	0.99
Bebe alcohol	0.130	0.004**	0.360	0.99	0.049	0.117	0.221	0.99
Calidad del sueño	0.258	0.001**	0.507	1.00	0.204	0.001**	0.451	1.00
CAP	0.243	0.001**	0.492	1.00	0.039	0.170	0.197	0.99

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, $p = .10$ bajo, .30 medio, .50 grande, CAP=Conducta alimentaria problemática

Tabla 3

Diferencias de grupos entre las zonas del Centro y Noreste de México en la depresión y perfiles del afecto

Variable	Región	M	DE	t	gl	Sig.	d	β-1
Depresión	Centro	18.52	11.226	8.591	765.704	0.001*	0.55	1.00
	Noreste	13.00	8.549					
Autorrealizado	Centro	0.16	0.369	-5.309	1018.426	0.001*	0.34	0.99
	Noreste	0.30	0.458					
Autodestructivo	Centro	0.35	0.476	6.912	768.021	0.001*	0.45	0.99
	Noreste	0.16	0.364					
Afectos Bajos	Centro	0.27	0.444	-5.191	980.307	0.001*	0.32	0.99
	Noreste	0.42	0.494					
Afectos Altos	Centro	0.22	0.417	4.169	784.595	0.001*	0.27	0.97
	Noreste	0.12	0.328					

Nota:* Probabilidades significativas, d= .20 bajo, .50 medio, .80 grande

Se observan diferencias significativas en la depresión y el perfil del afecto de ambos grupos, siendo mayor el afecto autorrealizado y los afectos bajos en los del noreste, mientras que en el centro es mayor el afecto autodestructivo y afecto bajo. Así mismo, los tamaños del efecto obtenidos son mediano en la variable depresión y muy próximo a mediano en el perfil de afecto autodestructivo, mientras que la potencia estadística supera en todas las variables el estándar mínimo de 0.80. Los resultados permiten observar una mayor presencia de sintomatología depresiva en los participantes de la zona centro de México, con un perfil de afecto autodestructivo y afecto alto, mientras que los participantes del noreste se muestran más autorrealizados, aunque con mayor afecto bajo.

En la Tabla 4 mostramos los resultados del análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos, en el que se utilizó como criterio la puntuación en la escala de depresión. En el análisis de regresión se incluyeron las cuatro dimensiones del afecto, el autorrealizado, autodestructivo, afectos bajos y afectos altos, el sexo, la actividad física, la calidad del sueño, el consumo alimentario problemático y los hábitos de fumar y beber. El análisis se realizó diferenciando los predictores para la población de la zona centro y zona noreste de México.

En el grupo de la zona centro son 6 los predictores, mismos que explican un total del 55.8% de la variabilidad en síntomas depresivos de los participan-

tes, mientras que en la zona noreste son 4 predictores que explican el 56.6% de variabilidad. Ambos grupos coinciden en afecto autodestructivo, calidad del sueño y afecto alto como predictores, diferenciándose en que en la zona centro entran como predictores de la depresión, el fumar, las conductas alimentarias problemáticas y el sexo, mientras que en los participantes de la zona noreste la cuarta variable del modelo es el afecto autorrealizado.

Como se puede observar, el primer modelo de los participantes de la zona centro del país obtuvo una $F= 105.5$, altamente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.20, lo que supone una quinta parte de la varianza. La variable que entra en el modelo es el afecto autodestructivo. Un segundo modelo de este grupo obtiene una $F= 67.37$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.25, lo que supone una cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo y la calidad de sueño. Un tercer modelo obtiene una $F= 51.99$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.28, lo que supone un poco más de la cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño y afecto alto. Un cuarto modelo obtiene una $F= 41.59$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.29, lo que supone poco más de una

Tabla 4
Modelos de regresión para la predicción de la depresión en dos zonas de México

Modelos por pasos			Coeficientes estadísticos				Modelos estadísticos				
Grupo			B	ES	β	t	p	R	R 2	F	p
ZC	1	(Constante)	14.682	0.615		23.87	0.001	0.453	0.205	105.5	0.001
		Autodestructivo	10.696	1.041	0.453	10.27	0.001				
	2	(Constante)	8.409	1.431		5.87	0.001	0.498	0.248	67.37	0.001
		Autodestructivo	10.135	1.021	0.429	9.93	0.001				
		Calidad-Sueño	3.453	0.716	0.209	4.82	0.001				
	3	(Constante)	7.106	1.442		4.93	0.001	0.527	0.278	51.99	0.001
		Autodestructivo	11.918	1.095	0.505	10.89	0.001				
		Calidad-sueño	3.21	0.705	0.194	4.55	0.001				
		Afecto Alto	5.008	1.238	0.186	4.04	0.001				
	4	(Constante)	6.5	1.446		4.49	0.001	0.540	0.291	41.59	0.001
		Autodestructivo	11.723	1.088	0.497	10.77	0.001				
		Calidad-sueño	3.248	0.699	0.196	4.64	0.001				
		Afecto Alto	4.857	1.229	0.181	3.95	0.001				
		Fumar	3.35	1.202	0.117	2.79	0.006				
	5	(Constante)	5.877	1.46		4.03	0.001	0.549	0.301	34.88	0.001
		Autodestructivo	11.205	1.102	0.475	10.17	0.001				
		Calidad-sueño	3.015	0.702	0.182	4.30	0.001				
		Afecto Alto	4.689	1.224	0.175	3.83	0.001				
		Fumar	2.971	1.204	0.104	2.47	0.014				
	CAP	1.797	0.734	0.106	2.45	0.015					
6	(Constante)	4.081	1.639		2.49	0.013	.558	0.311	30.32	0.001	
	Autodestructivo	11.16	1.096	0.473	10.18	0.001					
	Calidad-sueño	2.95	0.698	0.178	4.22	0.001					
	Afecto Alto	4.797	1.218	0.179	3.94	0.001					
	Fumar	3.088	1.198	0.108	2.58	0.010					
	CAP	1.914	0.732	0.113	2.61	0.009					
	Sexo	2.477	1.049	0.098	2.36	0.019					
ZN	1	(Constante)	11.442	0.342		33.50	0.001	0.415	0.172	124.69	0.001
		Autodestructivo	9.643	0.864	0.415	11.167	0.001				
	2	(Constante)	10.296	0.349		29.51	0.001	0.513	0.263	106.9	0.001
		Autodestructivo	10.789	0.826	0.464	13.06	0.001				
		Afecto Alto	7.853	0.913	0.306	8.60	0.001				
	3	(Constante)	11.905	0.445		26.73	0.001	0.548	0.300	85.37	0.001
		Autodestructivo	9.18	0.856	0.395	10.73	0.001				
		Afecto Alto	6.244	0.936	0.243	6.67	0.001				
		Autorrealizado	-3.872	0.691	-0.21	-5.61	0.001				
	4	(Constante)	8.779	0.866		10.14	0.001	0.566	0.320	70.19	0.001
		Autodestructivo	8.783	0.849	0.378	10.34	0.001				
		Calidad-sueño	1.948	0.465	0.143	4.19	0.001				
		Afecto Alto	6.053	0.924	0.236	6.55	0.001				
		Autorrealizado	-3.863	0.681	-0.21	-5.67	0.001				

Nota: La variable dependiente: Suma total de depresión. ZC= Zona Centro. ZN= Zona Noreste

cuarta parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño, afecto alto y fumar. Un quinto modelo de este grupo obtiene una $F= 34.88$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.30, lo que supone cerca de una tercera parte de la varianza. Las variables que entran en el modelo son el afecto autodestructivo, calidad de sueño, afecto alto, fumar y conducta alimentaria problemática. Finalmente, el sexto modelo de este grupo obtuvo una $F= 30.32$, altamente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.31, lo que supone cerca de un tercio de la varianza. De este modo, como variables predictoras de la depresión entre los mexicanos de la zona centro, se incluyen el afecto autodestructivo, el afecto alto, el fumar, la calidad de sueño, el sexo, así como la conducta alimentaria problemática.

El primer modelo de los participantes de la zona noreste del país obtuvo una $F= 124.69$, altamente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.17, lo que representa un 17% de la varianza, es equivalente al primer modelo de la zona centro en donde la variable que predice la depresión es el afecto autodestructivo. Un segundo modelo de este grupo obtiene una $F= 106.9$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.26, lo que supone una quinta parte de la varianza. En este segundo modelo entran las variables de afecto autodestructivo y afecto alto. Un tercer modelo obtiene una $F= 85.37$, igualmente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.30, lo que representa 30% de la varianza. En este tercer modelo entran las variables de afecto autodestructivo, afecto alto y autorrealizado. Finalmente, el cuarto modelo de este grupo obtuvo una $F= 70.19$, altamente significativa ($p<.000$). El coeficiente R^2 obtenido (corregido) fue de 0.32, lo que supone una tercera parte de la varianza. En este modelo para los participantes de la zona noreste, entran como variables predictoras de la depresión el de afecto autodestructivo, el afecto alto, autorrealizado y la calidad de sueño, diferenciándose del modelo final de la zona centro del país por no incluir en el modelo

el fumar, la conducta alimentaria problemática ni el sexo, mientras que sí incluye el afecto autorrealizado.

Discusión

Los resultados del presente estudio advierten de una alta prevalencia de depresión, por encima de lo reportado por Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013), siendo alarmante que cerca del 50% de los participantes del centro de México presentan sintomatología depresiva en contraposición a una cuarta parte de los participantes del noreste del país. Los hallazgos confirman las observaciones de la literatura en torno a una mayor incidencia de sintomatología depresiva en mujeres que en hombres en la zona centro del país (Jiménez, Wagner, Rivera & González, 2015), no obstante, en la zona noreste el porcentaje de hombres con sintomatología es mayor.

En nuestro estudio, se pudo observar que en ambos grupos la depresión se relaciona con mayor manifestación de afecto autodestructivo, mayor hábito de fumar, peor calidad del sueño, menor afecto autorrealizado, así como menor afecto bajo. Además, en el centro del país, la depresión se relaciona con la menor escolaridad, disminución de la actividad física, mayor consumo de alcohol y la conducta alimentaria problemática, mientras que en el noreste no se observa la relación de estas últimas variables con la depresión. Esto concuerda con lo señalado por González-Forteza et al. (2015) en torno a la relación de la depresión con el estado de ánimo y los cambios en hábitos, así como también coincide con lo resaltado por Nelis et al. (2015) y Yildiz y Kızıldağ (2018) en torno a la relación entre la depresión y el afecto negativo y el bajo afecto positivo respectivamente. Por otra parte, Shen, van Schie, Ditchburn, Brook y Bei (2018) habían observado la relación entre el afecto negativo y la pobre calidad de sueño, variables que en nuestro estudio están en relación con la depresión.

Además, se puede observar cómo las dos muestras son diferentes entre sí, ya que hay mayor depresión en el centro, con un perfil afectivo autodestructivo, así como mayor afecto alto. En el noreste se observa un mayor perfil afectivo autorrealizado y mayor

afecto bajo. Esto coincide con lo señalado por Cerecero-García et al. (2020), quienes ya observaban una mayor incidencia de depresión en la población del centro de México contrastada con la del norte del país. Así mismo, Jiménez et al. (2015), previamente habían señalado de una mayor incidencia de casos de sintomatología depresiva clínicamente significativa en población de estudiantes del Distrito Federal y de Michoacán. No obstante, en cuanto a los perfiles del afecto nuestro estudio parece aportar datos de interés para la clínica, ya que no encontramos literatura que previamente aborde estos perfiles del afecto en los grupos poblacionales abordados en el estudio.

De acuerdo a los modelos predictivos obtenidos de la depresión, pareciera que en el centro del país, la depresión se asocia con la extraversión, con un perfil autodestructivo conllevando incluso hábitos no saludables como el fumar o malos hábitos alimentarios confirmando lo señalado por González-Forteza et al. (2015) en cuanto a la afectación de los hábitos debido a la depresión; mientras que en el noreste un menor sentido de autorrealización cobra relevancia en la depresión, además del perfil autodestructivo y extrovertido. Así mismo, estos hallazgos coinciden con lo señalado por Archer, Adolfsson y Karlsson (2008) quienes encontraron que la depresión podría ser predicha por afectos negativos, problemas del sueño y otros problemas psicofisiológicos.

Llama la atención que en ambos grupos aparezca como predictor el perfil de afectos altos, aunque esto puede hablar de una conducta mucho más extrovertida, también puede advertir de un perfil en donde se encubre la depresión, aspecto por el cual es clínicamente muy difícil hacer lectura de sintomatología suicida en estos pacientes. Esto nos lleva a reflexionar sobre las personas que pueden mirarse perfectamente bien en el exterior, es decir, actúan con normalidad y no se ven deprimidos, más bien se les ve fuertes, entusiastas, alertas, determinados, activos, inspirados, lo que implica un manejo socialmente aceptable de su depresión. No obstante, esto no significa que no vivan emociones negativas, ya que internamente experimentan los angustiosos síntomas de la depresión, lo que complica la evaluación y el tratamiento

(Bhattacharya, Hoedebecke, Sharma, Gokdemir & Singh, 2019).

Como lo señalan Spinhoven, Elzinga, van Hemert, de Rooij y Penninx (2014), la depresión se asocia enormemente con una baja afectividad positiva. Es por ello que McAllister (2008) propone el cultivo de la alegría como un posible remedio para subsanar algunos problemas de depresión, ya que el afecto positivo, como señalan Spinhoven et al. (2014), juega un papel importante en la resiliencia ante la depresión. Entender el antagonismo de emociones positivas y negativas como tristeza y alegría desde modelos cognitivos, así como analizar las asociaciones de las emociones negativas asociadas en la literatura con la depresión, nos permite comprender que más que una postura filosófica ante la vida, el cultivo de actitudes positivas puede ser un modelo de intervención terapéutica que ayude no solo en los casos de depresión, sino también de otros problemas emocionales.

Nuestros participantes pertenecen a dos estratos del país en donde hay fuertes cargas de estrés debido a factores laborales y todos aquellos característicos de las grandes ciudades. La promoción de formas de vida placenteras centradas en la felicidad puede ser un área de oportunidad para la psicología clínica, la cual se ha centrado en el pasado en las manifestaciones psicopatológicas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

En México hay un retraso importante en la manifestación de trastornos del ánimo y la búsqueda de atención para los mismos, habiendo una media de 15 años (Wang et al., 2007), aunado a esto, tenemos que solo se destina un 2% del presupuesto del Sector Salud a atender los problemas de salud mental (Berenzon et al., 2013; Llanos, 2021). Es por ello que se precisa de nuevos modelos de intervención para el abordaje de estos problemas.

Es claro que hacen falta un mayor número de estudios en donde se pueda analizar si el predominio del perfil afectivo autodestructivo y afecto alto en personas con depresión es lo que lleva al acto suicida, y cómo otras variables predicen la depresión. Además, sería interesante en futuras indagaciones contar con el reporte de si están recibiendo algún tipo de servicio

de salud mental o si lo han buscado en algún momento y ante qué problemática.

Nuestro estudio presenta limitaciones propias del diseño transversal con un muestreo no probabilístico en ambos sectores poblacionales (noreste y centro). También, el método de recolección de datos fue un formato de auto reporte que induce un cierto grado de imprecisión en las respuestas, y al tener una muestra no clínica, sólo podemos hablar de presencia de sintomatología depresiva. Igualmente, la naturaleza de los instrumentos utilizados puede generar diferencias con los hallazgos reportados en otros estudios. Se recomienda en futuras investigaciones analizar el perfil afectivo en función del sexo, pues como han señalado López y Legé (2009), hombres y mujeres difieren en reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva, tanto en su manifestación como a la hora de solicitar ayuda mental. Por ello es importante caracterizar las diferencias de la manifestación de depresión en hombres y mujeres, ya que la falta de atención oportuna conlleva actos suicidas efectivos principalmente en hombres (Londoño, Peñate & González, 2017). Un estudio de Posner, Stewart, Marín y Pérez-Stable (2001) había advertido sobre la falla de la CESD-20 en el análisis de la invarianza en población latina viviendo en California, en particular en el contraste de hombres y mujeres. Es por ello, que se recomienda en futuras investigaciones analizar el carácter invariante de los instrumentos, ya que se desconoce si las diferentes muestras analizadas interpretan de la misma forma los reactivos incluidos en ellos.

Se concluye que el perfil afectivo autodestructivo y de afecto alto se encuentran presentes en la manifestación de sintomatología depresiva, acompañándose de mala calidad de sueño y hábitos malsanos en los participantes del centro mientras que en los del noreste se acompaña de bajo perfil autorrealizado. Además, los hallazgos sugieren que la presencia de afecto alto puede enmascarar la forma de manifestar la depresión dado que las personas con un perfil afectivo alto se les pueden considerar como extrovertidos. Esto puede ser un aspecto clave para la comprensión de la depresión y sus manifestaciones clínicas, aunque

hacen falta estudios para analizar esta diferencia con los estudios reportados previamente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Archer, T., Adolfsson, B., & Karlsson, E. (2008). Affective personality as cognitive-emotional presymptom profiles regulatory for self-reported health predispositions. *Neurotoxicity Research*, 14(1), 21–44. doi: 10.1007/BF03033573
- Archer, T., Adrianson, L., Plancak, A., & Karlsson, R. (2007). Influence of affective personality on cognition-mediated emotional processing: Need for empowerment. *European Journal of Psychiatry*, 21(4), 248–262. doi: 10.4321/S0213-61632007000400002
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica de México*, 55(1), 74–80. doi: 10.1590/S0036-36342013000100011
- Bhattacharya, S., Hoedebecke, K., Sharma, N., Gokdemir, O., & Singh, A. (2019). “Smiling depression” (An emerging threat): Let’s Talk. *Indian Journal of Community Health*, 31(4), 433–436.
- Bojorquez, I., y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32(4), 299–307.
- Briant, A., Holmes, C. J., Maciejewski, D., Lee, J., Deater-Deckard, K., King-Casas, B., & Kim-Spoon, J. (2018). Positive and Negative Affect and Adolescent Adjustment: Moderation Effects of Prefrontal Functioning. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 40–55. doi: 10.1111/jora.12339
- Cardoso, A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2020). Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. *Clinical Psychologist*, 24(2), 176–185. doi: 10.1111/cp.12224
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., y Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica de México*, 62(6), 840–850. doi: 10.21149/11558

- Córdova-Palomera, A., Tornador, C., Falcón, C., Bargalló, N., Brambilla, P., Crespo-Facorro, B., ... Fañanás, L. (2016). Environmental factors linked to depression vulnerability are associated with altered cerebellar resting-state synchronization. *Scientific Reports*, 6(1), 1–11. doi: 10.1038/srep37384
- Coryell, W. (2020). *Depresión*. MSD Manuals. Recuperado de: <https://www.msdmanuals.com/home/mental-health-disorders/mood-disorders/depression>
- Decker, S. E., Morie, K. P., Malin-Mayo, B., Nich, C., & Carroll, K. M. (2018). Positive and negative affect in cocaine use disorder treatment: Change across time and relevance to treatment outcome. *American Journal on Addictions*, 27(5), 375–382. doi: 10.1111/ajad.12716
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. won, Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. doi: 10.1007/s11205-009-9493-y
- Forgeard, M. J. C., Haigh, E. A., Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., ... Seligman, M. E. (2011). Beyond depression: Toward a process-based approach to research, diagnosis, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 275–299. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x
- Franco-Díaz, K. L., Fernández-Niño, J. A., y Astudillo-García, C. I. (2018). Prevalence of depressive symptoms and factorial invariance of the Center for Epidemiologic Studies (CES-D) Depression Scale in a group of Mexican indigenous population. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 38, 127–140. doi: 10.7705/biomedica.v38i0.3681
- Friedrich, M. J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, 317(15), 1517. doi: 10.1001/jama.2017.3826
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435–447.
- González-Forteza, C., de la Torre, A. E. H., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., y Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155. doi: 10.1016/j.bmhmx.2015.05.006
- Iwata, N., & Buka, S. (2002). Race/ethnicity and depressive symptoms: a cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2243–2252. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00003-5
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M. E., y González, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2). doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.014
- Kwong, A. S., López-López, J. A., Hammerton, G., Manley, D., Timpson, N. J., Leckie, G., & Pearson, R. M. (2019). Genetic and Environmental Risk Factors Associated with Trajectories of Depression Symptoms from Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Network Open*, 2(6), e196587. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6587
- Laguna, M. (2019). Towards explaining the “how” of positive orientation: The beliefs-affect-engagement model. *Asian Journal of Social Psychology*, 22(2), 133–139. doi: 10.1111/ajsp.12336
- LeMoult, J., & Gotlib, I. H. (2019). Depression: A cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51–66. doi: 10.1016/j.cpr.2018.06.008
- Llanos, A. (2021). *Presupuesto para salud mental: Relevancia ante la Covid19*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A. C. Recuperado de: <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-relevancia-ante-la-covid19/>
- Londoño, C., Peñate, W., & González, M. (2017). Síntomas de Depresión en Hombres. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–19. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.sdeh
- López, A. F., y Legé, L. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en relación al reconocimiento en sí mismos de sintomatología depresiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(1), 32–46.
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “escalas de afecto positivo y negativo” (panas) en una muestra general Española. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(3), 529–548.
- Machado, A. V. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 20(3), 586–602. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>
- Machado, A. V. (2013). Depresión: diferencias de género. *Multimed*, 17(3). Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). *Depression, a global public health concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf.
- McAllister, D. (2018). Depression and the Emotions: An Argument for Cultivating Cheerfulness. *Philosophia*, 46(3), 771–784. doi: 10.1007/s11406-018-9970-0
- Moral de la Rubia, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 18(2), 117–125.[fecha de

- Consulta 12 de Noviembre de 2021]. ISSN: 1405-0269. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10418753002>
- Moreta-Herrera, R., Perdomo-Pérez, M., Reyes-Valenzuela, C., Torres-Salazar, C., y Ramírez-Iglesias, G. (2021). Invarianza factorial según nacionalidad y fiabilidad de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en universitarios de Colombia y Ecuador. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 51(2), 76–85. doi: 10.1344/anpsic2021.51.9
- Nelis, S., Holmes, E. A., & Raes, F. (2015). Response Styles to Positive Affect and Depression: Concurrent and Prospective Associations in a Community Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 39(4), 480–491. doi: 10.1007/s10608-015-9671-y
- Posner, S. F., Stewart, A. L., Marín, G., & Pérez-Stable, E. J. (2001). Factor Variability of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Among Urban Latinos. *Ethnicity & Health*, 6(2), 137–144. doi: 10.1080/13557850120068469
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., y Castro, F. de. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219–226. doi: 10.21149/spm.v57i3.7559
- Robles, R., y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al Español y las propiedades psicométricas de las escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Romo-Nava, F., Bobadilla-Espinosa, R. I., Tafoya, S. A., Guízar-Sánchez, D. P., Gutiérrez, J. R., Carriedo, P., & Heinze, G. (2019). Major depressive disorder in Mexican medical students and associated factors: A focus on current and past abuse experiences. *Journal of Affective Disorders*, 245, 834–840. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.083
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51.
- Schütz, E., Sailer, U., al Nima, A., Rosenberg, P., Andersson Arnén, A.-C., Archer, T., & Garcia, D. (2013). The affective profiles in the USA: happiness, depression, life satisfaction, and happiness-increasing strategies. *Peers Journal*, 1, e156. doi: 10.7717/peerj.156
- Secretaría de Salud. (2017). Descifremos. *Género y Salud En Cifras*, 15(2), 38–40. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf>
- Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 44(1), 3–10. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2021.002
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Shen, L., van Schie, J., Ditchburn, G., Brook, L., & Bei, B. (2018). Positive and Negative Emotions: Differential Associations with Sleep Duration and Quality in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(12). doi: 10.1007/s10964-018-0899-1
- Smits, F., & Huijts, T. (2015). Treatment for depression in 63 countries worldwide: Describing and explaining cross-national differences. *Health & Place*, 31, 1–9. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.10.002
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del Psicólogo* (5ta edición). México: Trillas.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of facets of extraversion in depression and social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 71, 39–44. doi: 10.1016/j.paid.2014.07.014
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th edition). Boston: Harper Collins.
- Tijerina, L., González, E., Gómez, M., Cisneros, M. A., Rodríguez, K. Y., y Ramos, E. G. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41–47. doi: 10.29105/respyn17.4-5
- van den Bosch, M., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 239–259. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044106
- Vaughan, M. W., LaValley, M. P., Felson, D. T., Orsmond, G. I., Niu, J., Lewis, C. E., ... Keysor, J. J. (2018). Affect and Incident Participation Restriction in Adults with Knee Osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 70(4), 542–549. doi: 10.1002/acr.23308
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841–850. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and

- negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219
- Weissman, M. M., Sholonskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203–214. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112455
- Williams, J., Peeters, F., & Zautra, A. (2004). Differential affect structure in depressive and anxiety disorders. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(4), 321–330. doi: 10.1080/10615800412331318634
- Yakushko, O. (2018). Don't worry, be happy: Erasing racism, sexism, and poverty in positive psychology. *Psychotherapy and Politics International*, 16(1), e1433. doi: 10.1002/ppi.1433
- Yildiz, M. A., & Kızıldağ, S. (2018). Pathways from Positive and Negative Affect to Depressive Symptoms: Multiple Mediation of Emotion Regulation Strategies. *Annals of Psychology*, 34(2), 241–250. doi: 10.6018/analesps.34.2.295331
- Zhang, B., Fokkema, M., Cuijpers, P., Li, J., Smits, N., & Beekman, A. (2011). Measurement invariance of the center for epidemiological studies depression scale (CES-D) among Chinese and dutch elderly. *BMC Medical Research Methodology*, 11(74), 1–10. doi: 10.1186/1471-2288-11-74

CONTENIDO



Food Craving in Obese Subjects: Its Correlation with Atherogenic
Index and Feeding Behavior-Related Gene Expression

Food Craving en Sujetos Obesos: Su Correlación con Índice Aterogénico, Conducta de Ingesta y Expresión Génica

**Nadia Mabel Pérez-Vielma, Ángel Miliar-García, Modesto Gómez-López,
María Delfina Marín-Soto, Gerardo Leija-Alva, & Víctor Ricardo Aguilera Sosa**

Afrontamiento y Estrés en Preescolares: El Papel de la Edad y el Sexo

Coping and Stress in Preschoolers: The Role of Age and Sex

**María Teresa Monjarás Rodríguez, María Emilia Lucio y Gómez-Maqueo,
Edith Romero Godínez, & Consuelo Durán Patiño**

Apoyo Socio-familiar y Afrontamiento al Estrés Asociado
al Bienestar Psicológico en Personas con Obesidad

Socio-family Support and Coping Mechanism with Stress Associated
with Psychological Well-being in People with Obesity

**Roxana González Sotomayor, Ana Olivia Ruiz Martínez, Norma Ivonne González Arratia
López Fuentes, Hans Oudhof van Barneveld, & Rosalía Vázquez Arévalo**

Propiedades Psicométricas de una Escala de Personalidad
Moral en Estudiantes Universitarios Mexicanos

Psychometric Properties of a Moral Personality Scale in Mexican University Students

Rubén Andrés Miranda-Rodríguez, María Rosa Buxarrais Estrada, & Alan Alexis Mercado-Ruiz

Modelo de Personalidad Positiva: Diferencias entre Población Clínica y Población General
Positive Personality Model: Differences between Clinic and General Populations

Leandro Eidman, & Guadalupe de la Iglesia

Rasgos de Personalidad y Depresión, Predictores de Ansiedad Rasgo-Estado en Madres
Personality Traits and Depression as Predictors of Trait-State Anxiety in Mothers

**Mirna García-Méndez, María del Pilar Méndez-Sánchez, Rafael Peñaloza-Gómez,
& Sofía Rivera-Aragón**

Asociación entre Actitudes hacia la Bisexualidad y Binegatividad
Internalizada en Personas Bisexuales

Association between Attitudes towards Bisexuality and Internalized Binegativity in Bisexual People

Omar Alejandro Olvera-Muñoz

Caso Simulado Estandarizado: Evaluación Conductual en Profesionales de la Salud en Adicciones
Standardized Simulated Case: Behavioral Assessment in Health Professionals in Addictions

Violeta Félix Romero, Dulce Karen Ortiz Gómez, Silvia Morales Chainé, & Carolina Uriarte Rojo

Perfiles del Afecto en la Predicción de la Depresión en Dos Grupos de Población Mexicana
Affect Profiles in the Prediction of Depression in Two Groups of Mexican Population

**Cecilia Meza-Peña, María del Rocío Hernández-Pozo, María Araceli Álvarez-Gasca,
Carlos Antonio Rodríguez-Aguirre, Tania Romo-González, Jeanette Magnolia López-Walle,
Julia Gallegos-Guajardo, Cecilia Castor-Praga, Elías Alfonso Góngora-Coronado,
& Raquel González-Ochoa**